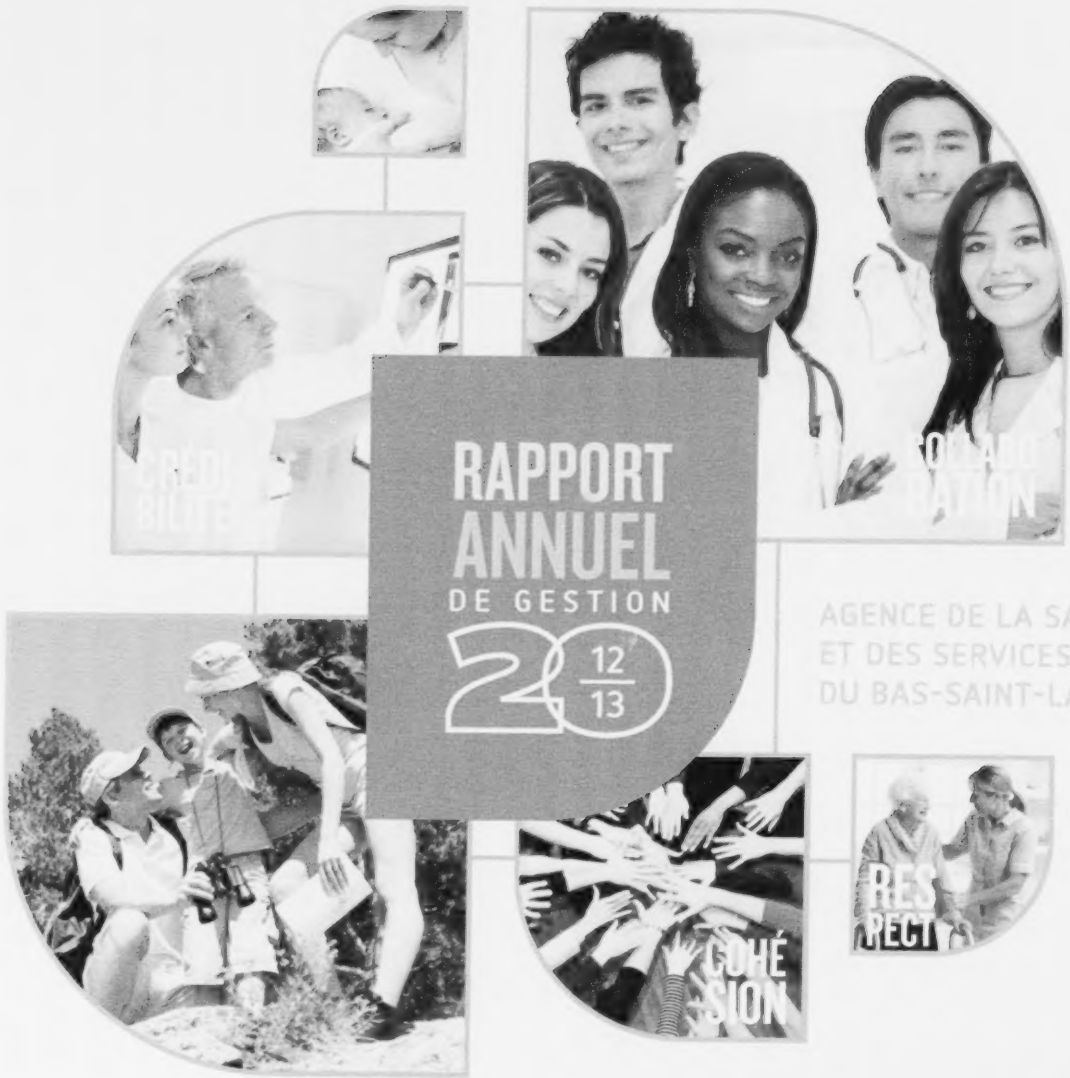
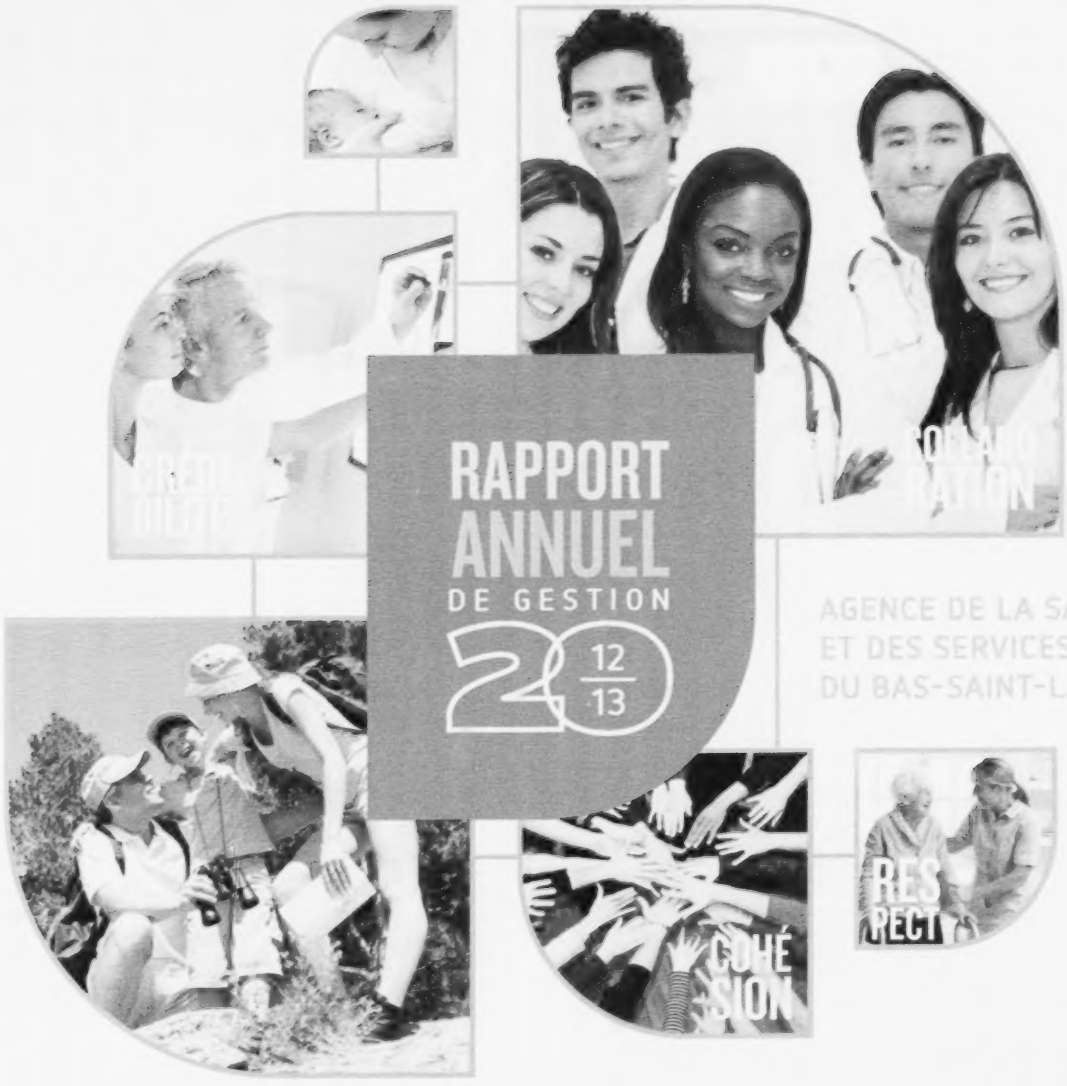

RAPPORT
ANNUEL
DE GESTION
2012/13
AGENCE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DU BAS-SAINT-LAURENT

Québec



Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

288, rue Pierre-Saindon, bureau 115
Rimouski (Québec) G5L 9A8
Téléphone : 418 724-5231
Télécopieur : 418 723-1597
www.agencesssbsl.gouv.qc.ca

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le 25 septembre 2013

PRODUCTION

Direction des ressources humaines, de la qualité et de la performance, avec le soutien spécial de la responsable des communications

ÉDITION

© Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Bibliothèque et Archives Canada, 2013
ISBN : 978-2-923362-90-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923362-91-5 (version PDF)

DANS CET OUVRAGE, LA FORME MASCULINE EST UTILISÉE SANS DISCRIMINATION, DANS LE SEUL BUT D'ALLÉGER LE TEXTE.

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'Agence au **www.agencesssbsl.gouv.qc.ca**

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ACRONYMES 5

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 7

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 10

CHAPITRE 1 PRÉSENTATION DE LA RÉGION ET DE SON RÉSEAU LOCAL DE SERVICES 11

1.1 Occupation du territoire 12
1.2 Conditions démographiques et socioéconomiques 13
1.3 Portrait de santé des Bas-Laurentiens 14
1.4 Les établissements de santé et de services sociaux et les réseaux locaux de services 16

CHAPITRE 2 PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT 19

2.1 Mission, rôle et responsabilités 20
2.2 Plan d'organisation, effectifs et organigramme 21
2.3 Conseil d'administration 23
2.4 Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services 24
2.5 Comité de vigilance et de la qualité 25
2.6 Comité de vérification 26
2.7 Comité de gouvernance et d'éthique 27
2.8 Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence 28
2.9 Département régional de médecine générale 29
2.10 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée 30
2.11 Comité régional sur les services pharmaceutiques 30
2.12 Commission infirmière régionale 31
2.13 Commission multidisciplinaire régionale 32
2.14 Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise 32
2.15 Comité aviseur sur les conditions de vie des femmes 34

CHAPITRE 3 FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE 35

3.1 L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être 36
3.1.1 Les principaux déterminants de la santé et du bien-être 36
3.2 La primauté des services de première ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services 37
3.2.1 L'accès aux services médicaux de 1re ligne 37
3.2.2 Les services Info-Santé 8-1-1 et le service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux 38
3.2.3 Les services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer 39
3.2.4 Les services aux jeunes en difficulté 40
3.2.5 Les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendances 41
3.2.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) 43
3.2.7 Les services en soins palliatifs de fin de vie 44
3.3 Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services 45
3.3.1 Les ressources médicales spécialisées 45
3.3.2 Les services thérapeutiques et diagnostiques 45
3.3.3 Les services spécifiques et les services spécialisés de réadaptation pour les personnes ayant une déficience 46
3.3.4 Les services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale 47
3.4 La qualité des services et l'innovation 48
3.4.1 L'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation 48
3.4.2 La qualité et la sécurité des soins et des services 48
3.5 La mission universitaire médicale au Bas-Saint-Laurent 49
3.6 L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines 50
3.7 Les systèmes d'information en appui à l'offre de service 52
3.7.1 L'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques 52

CHAPITRE 4 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 53

4.1 Le contrôle de la conformité 54
4.2 Le bilan des interventions réalisées 54

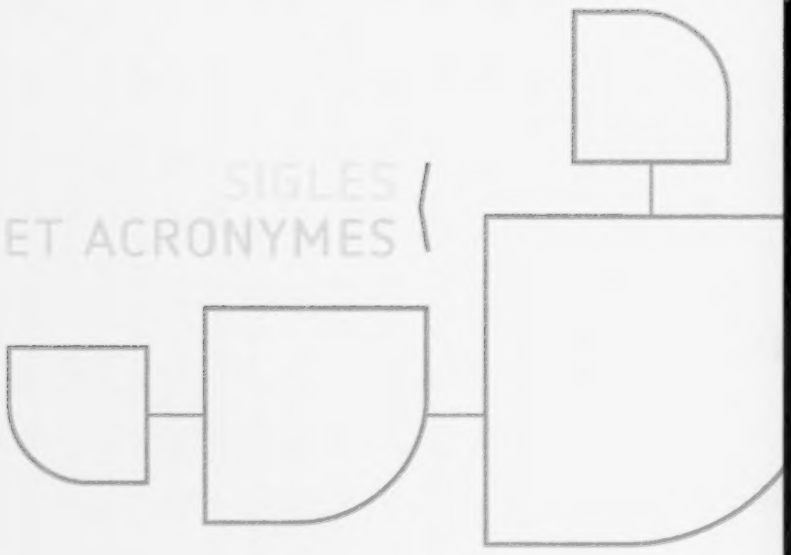
CHAPITRE 5 DONNÉES FINANCIÈRES 2012-2013 55

5.1 Les résultats financiers de l'Agence 57
5.2 Les allocations des ressources financières aux établissements 79
5.3 Les allocations financières versées aux organismes communautaires – enveloppe régionale de crédits 80

ANNEXES

I Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent 86
II Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2012-2013 90

SIGLES ET ACRONYMES



A	AAPA	Approche adaptée à la personne âgée
	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
C	CA	Conseil d'administration
	CAAP-BSL	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent
	CALACS	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
	CÉGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CIR	Commission infirmière régionale
	CJ	Centre jeunesse
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	COA	Comité d'orientation et d'accès
	COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé Scolarisé et en Santé
	CR	Centre de réadaptation
	CRD	Centre de réadaptation en dépendance
	CRÉ	Conférence régionale des éluEs
	CRDITED	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
	CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
	CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
D	DAMUSSH	Direction des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers
	DCI	Dossier client informatisé
	DG	Directeurs généraux
	DI	Déficience intellectuelle
	DMÉ	Dossier médical électronique
	DP	Déficience physique
	DPJ	Direction de la projection de la jeunesse
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSP	Direction de santé publique

G-I	GMF	Groupe de médecine de famille
	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
	IPS	Infirmière praticienne spécialisée
L-M	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
	MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
	MRC	Municipalité régionale de comté
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
P	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PCP	Pratique clinique préventive
	PDG	Président-directeur général
	PI	Plan d'intervention
	PII	Plan d'intervention interdisciplinaire
	PLAIDD-BF	Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas-du-Fleuve
	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
	PSI	Plan de services individualisé
	PSII	Plan de services individualisé et intersectoriel
	PSOI	Programme de santé des organisations et des individus
R	RLS	Réseau local de services
	RSIPA	Réseau de services intégrés personnes âgées
	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
S-T	SAD	Soutien à domicile
	SIMASS	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et en petite enfance
	SRISIS	Service régional Info-Santé et Info-Social
	SRPPST	Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs
	TCGFBSL	Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
	TED	Trouble envahissant du développement
U	UMF	Unité de médecine familiale
	UQAR	Université du Québec à Rimouski

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE-DIRECTRICE GÉNÉRALE ET DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

SE RALLIER AUTOUR D'UNE VISION COMMUNE

C'est avec plaisir que nous vous convions à la lecture du Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. À n'en pas douter, ce rapport reflète en tous points le dynamisme et la contribution exceptionnelle de nos gens et de nos collaborateurs du réseau de la santé et des services sociaux bas-laurentien pour offrir des services accessibles et de qualité à la population de notre belle et vaste région.

D'emblée, nous désirons souligner l'extraordinaire mobilisation de tous les établissements de santé et de services sociaux dans un contexte de restriction budgétaire avec lequel le réseau est appelé à composer. Le chantier de l'optimisation n'aurait pu être pris en charge de façon aussi efficace sans la collaboration des directeurs généraux, des conseils d'administration, des gestionnaires, des médecins et du personnel. Les efforts constants de nos organisations pour optimiser leurs services et pour atteindre l'équilibre budgétaire sont dignes de mention malgré les défis que cela impose et témoignent d'un sens aigu des responsabilités et d'un réel engagement partagé de tous. Nous tenons à les en remercier publiquement.

D'ailleurs, afin de les soutenir dans cette démarche, l'Agence a mis en place différentes mesures qui se sont traduites, notamment, par la disponibilité d'un chargé de projet d'optimisation dédié au suivi et à l'appui de ce dossier, et par l'adoption d'un cadre de gestion des projets d'optimisation assorti d'une enveloppe de 2 M$ visant à soutenir au-delà de 30 projets d'optimisation dans les établissements. Nous avons contribué à la formation d'un peu plus de 20 gestionnaires des établissements dans le cadre du programme de 1er cycle de l'Université du Québec à Trois-Rivières et sensibilisé quelque 150 gestionnaires à l'approche Lean Management. Aussi, le suivi des chantiers régionaux d'optimisation a fait l'objet d'étroites discussions à toutes les rencontres du Forum régional de coordination réunissant les DG de la région. Enfin, des comités de travail ont été mis en place en regard de certains dossiers interétablissements régionaux pour les projets visant, entre autres, le regroupement régional éventuel de la paie, la gestion de l'assurance salaire et les frais juridiques.

Un suivi rigoureux des ententes de gestion

Encore cette année, la région a continué d'enregistrer des résultats fort enviables, notamment en regard des ententes de gestion, dont 88 % des cibles ont été soit atteintes ou presque atteintes. Les réussites les plus probantes se situent au niveau de la radio-oncologie, où plus de 99 % des patients ont débuté leur protocole de traitements à l'intérieur des délais prescrits de 28 jours, du nombre de chirurgies à la hausse et du séjour moyen global sur civière en baisse dans les urgences. Nous avons également obtenu de très bons résultats en regard du soutien à l'autonomie des personnes âgées. À ce chapitre, nous avons connu une augmentation de 8 % du degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) ainsi qu'une hausse de 11 000 heures en soutien à domicile longue durée. De plus, 80 % des composantes de l'approche gériatrique adaptée à la personne âgée en centre hospitalier sont désormais implantées.

En santé publique, notons le développement d'un programme de surveillance de gestion informatisée et la formation en ligne pour des intervenants du secteur Prévention des infections nosocomiales. Il y a également eu intégration de la prévention dans les services cliniques en ce qui a trait aux infections transmissibles sexuellement et par le sang, aux habitudes de vie et maladies chroniques, aux chutes chez les personnes âgées et au suicide. Autres points forts, le dépassement de 15 % de la cible pour les services de répit-gardiennage-dépannage en DI-TED offerts par les CSSS, une hausse du taux de respect des délais en CSSS pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou physique, des cibles largement dépassées au niveau du délai d'accès aux services de la DPJ ainsi qu'une hausse de 60 % des suivis intensifs dans le milieu (SIM) en santé mentale.

Des initiatives porteuses

L'année qui vient de s'écouler a donc été une autre belle occasion de revoir et réaffirmer nos mandats et nos responsabilités. Nous avons continué d'arrimer nos priorités avec notre planification stratégique régionale 2010-2015 pour laquelle nous avons réalisé un bilan de mi-parcours en décembre en compagnie des directeurs généraux des établissements et des présidents de conseil d'administration. Ce bilan a été très concluant, permettant le réajustement de certaines de nos priorités et l'élaboration de perspectives visant à poursuivre les actions en vue d'améliorer, de façon continue, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience des soins et services offerts.

Par ailleurs, à la suite de la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique, les CSSS ont conçu leurs plans d'action locaux. Cet exercice de planification a permis de revoir et rehausser, au besoin, l'intensité de l'implantation de l'ensemble des activités du Plan national de santé publique et des pratiques cliniques préventives (PCP) prioritaires, et ce, tant au plan régional que local. Les activités de soutien offertes aux CSSS et aux partenaires des RLS quant à l'implantation et au maintien des activités de santé publique et des PCP prioritaires à actualiser ont contribué à l'atteinte des résultats et nous considérons être en bonne voie d'atteindre l'objectif de 85 % d'implantation.

Convaincue qu'une médecine de première ligne forte et bien organisée a d'importantes répercussions sur la santé de la population et la maîtrise des coûts en santé, l'Agence a mis sur pied une équipe composée d'un médecin-conseil et de cliniciens du domaine de la santé. Cette équipe a le mandat de soutenir une meilleure organisation des services de première ligne en intégrant la prévention clinique et en assurant la complémentarité des services dans le continuum de soins.

Un autre fait marquant de l'année concerne la tournée du territoire que l'Agence a effectuée pour dresser un bilan des besoins et services en santé mentale. Cette tournée a jeté les bases d'un nouveau plan d'action et d'investissements prioritaires de plus de 500 000 $ destinés à des organismes en santé mentale et aux deux CSSS ayant une vocation spécialisée en santé mentale.

Pour ce qui est des services de promotion et de prévention en matière de saines habitudes de vie, l'action intersectorielle est déjà particulièrement développée autour de la santé des jeunes à travers la démarche COSMOSS. Aussi, l'Agence a consenti à investir quelque 600 000 $ dans la mise sur pied d'une équipe de ressources locales dédiées à la promotion des saines habitudes de vie et à la création d'environnements favorables, dont la coordination relèvera de la Direction de santé publique.

Actuellement, dix groupes de médecine familiale (GMF) sont implantés dans la région. Afin de favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine, nous évaluerons la possibilité d'accréditer un autre GMF en 2013-2014. En ce qui a trait aux infirmières spécialisées (IPS), nous avons comblé la première vague de six bourses octroyées initialement. Une attention particulière a été apportée à l'intégration et à l'utilisation optimale de ces nouvelles ressources.

Vieillir en santé

Force est de constater que le nombre de personnes âgées est appelé à croître au cours des prochaines années et que cette réalité frappe déjà notre région plus rapidement qu'ailleurs au Québec. En conséquence, il est impératif de s'assurer du mieux-être de ces personnes et d'ajuster le réseau sociosanitaire à leur réalité. Pour y parvenir, des travaux ont vu le jour autour du thème du vieillissement actif et en santé. Une première activité intersectorielle tenue à l'automne et réunissant plus de 200 intervenants de divers secteurs d'activité des huit territoires de MRC du Bas-Saint-Laurent a mené à la mise en place d'un comité de suivi. Du soutien est maintenant offert à plusieurs CSSS grâce à l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) et un cadre de référence pour guider l'intervention a aussi été proposé aux différents intervenants. À la suite de cette rencontre et des échanges qui ont suivi, on peut affirmer que tous les CSSS sont résolument engagés à intervenir dans la perspective du vieillissement actif, en santé et en sécurité dans leur communauté. Des travaux importants se poursuivront au cours des prochaines années pour arrimer et soutenir les milieux à cet égard, de concert avec de multiples partenaires intersectoriels et communautaires.

La solidarité au rendez-vous

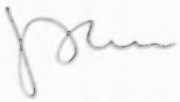
Si l'Agence a pu remplir avec diligence sa mission, c'est grâce au dynamisme, au savoir-faire et aux capacités d'innovation d'un personnel engagé. En collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui dispensent les services, nos gens ont contribué à maintenir et améliorer l'état de santé et de bien-être de notre population et de lui assurer l'accès à des services de santé et de services sociaux adaptés à ses besoins. Une reconnaissance toute particulière leur revient d'emblée.

Nous soulignons enfin la générosité, la vigilance et le professionnalisme des membres du conseil d'administration de l'Agence. Notre organisation est privilégiée de compter sur des administrateurs dévoués et rigoureux, qui partagent les mêmes objectifs d'efficience et d'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts à notre population.

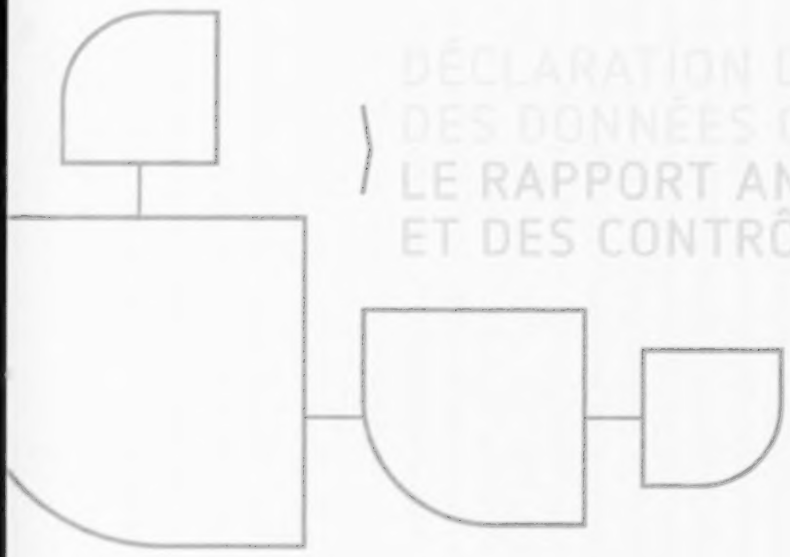
La présidente-directrice générale,

Isabelle Malo

Le président du conseil d'administration,



Jean-Paul Morin



DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

La présidente-directrice générale,

Isabelle Malo

CHAPITRE

1

PRÉSENTATION DE LA RÉGION ET DE SON RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

1.1 OCCUPATION DU TERRITOIRE

Plusieurs municipalités de la région du Bas-Saint-Laurent longent la rive sud du fleuve Saint-Laurent sur quelque 300 kilomètres de côte, entre La Pocatière et Les Méchins. D'autres villes, villages et paroisses du territoire sont localisés sur les terres du Haut-Pays et sur celles des vallées du Témiscouata et de La Matapédia, bordées au sud par les frontières du Nouveau-Brunswick et du Maine (États-Unis).

En 2013, la région compte 201 309 habitants au total[1] (101 106 femmes et 100 203 hommes) répartis dans 8 MRC (municipalité régionale de comté), correspondant aux 8 réseaux locaux de santé et de services sociaux (RLS) existants. Cette population distribuée sur un territoire de 22 185 km^2 (densité de 9 habitants/km^2) comprend 114 municipalités ainsi que 16 territoires non organisés (TNO) et réserves indiennes. Les MRC de Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques composent le secteur ouest de la région (aussi appelé KRTB). Le secteur est regroupe les MRC de Rimouski-Neigette, La Mitis, La Matapédia et Matane.

Tandis qu'environ la moitié de la population de la région habite dans ses principaux centres urbains, avec en tête de liste les villes de Rimouski, Rivière-du-Loup et Matane, la ruralité constitue le mode d'occupation de l'espace de l'autre moitié de ses résidants. Les MRC du Bas-Saint-Laurent sont composées d'une population qui varie d'environ 9 000 à un peu plus de 54 000 habitants.

De 2006 à 2012, selon les dernières estimations de population de l'ISQ, on peut observer des variations démographiques à l'échelle des territoires municipaux; des 114 villes et villages que compte la région, 88 ont vu leur population diminuer (4 964 personnes au total) et 26 ont enregistré des hausses (3 251 personnes au total).

Les municipalités dont les effectifs ont diminué sont généralement de petites tailles, quoique certaines villes, présentant un poids démographique important, figurent dans cette liste : Matane (- 384), La Pocatière (- 383), Trois-Pistoles (- 255) et Amqui (- 251). À l'inverse, Rimouski (+ 1 882), Rivière-du-Loup (+ 404), Saint-Modeste (+ 204) font partie des municipalités qui ont vu leur population s'accroître pour la période de 2006 à 2012.

Au global, la population de la région a diminué de 0,1 % de 2006 à 2012, ce qui est toutefois mieux que la précédente période (- 1,3 % de 2001 à 2006). Les perspectives de l'ISQ sont encourageantes et laissent entrevoir que la population devrait demeurer stable au cours des prochaines années.

[1] Institut de la statistique du Québec, *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, édition 2009.

1.2 CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Parmi les éléments qui caractérisent la population de la région du Bas-Saint-Laurent, on peut certes affirmer que le vieillissement de la population est ce qui conditionne le plus l'organisation de ses services. En 2013, quelque 42 000 personnes ont 65 ans et plus, ce qui représente 21 % de la population totale de la région, soit 4 points de pourcentage au-dessus de la proportion enregistrée dans l'ensemble du Québec. Une dizaine d'années plus tôt, en 2001, les personnes âgées de 65 ans et plus ne constituaient que 15 % du total de la population bas-laurentienne. Le fait que les premiers « baby-boomers » ont franchi les 65 ans au cours de l'année 2010 entraînera un accroissement de ce vieillissement. On estime qu'en 2016, le nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans sera supérieur d'environ 60 % à ce qu'il était en 2006. On s'attend aussi à ce que le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus connaisse une croissance presque aussi importante (56 %).

ACCROISSEMENT NATUREL

Depuis 2006, l'accroissement naturel est positif au Bas-Saint-Laurent. Malgré le regain de natalité dans la région depuis 2005, comme cela est également le cas dans l'ensemble du Québec, il est tout de même estimé qu'à long terme, la croissance naturelle diminuera, c'est-à-dire que le nombre de naissances sera de plus en plus déficitaire par rapport au nombre de décès.

MOUVEMENTS MIGRATOIRES INTERRÉGIONAUX

Un autre facteur agissant sur la croissance démographique de la région est la migration interrégionale. De 2007-2008 à 2011-2012, le solde des échanges migratoires (entrants moins sortants) du Bas-Saint-Laurent avec les autres régions est déficitaire (200 personnes en moyenne par année). Toutefois, ce solde négatif s'amenuise de façon considérable en 2010-2011 et 2011-2012 avec respectivement - 28 et - 46 personnes.

Depuis plusieurs années, le solde migratoire négatif est dû en majeure partie à un nombre plus élevé de jeunes de 15-29 ans qui quittent la région comparativement à ceux qui s'y installent. En 2011-2012, pour tous les autres groupes d'âge, le solde migratoire est positif, particulièrement chez les personnes âgées de 55-64 ans, dont plusieurs choisissent de revenir vivre en région à cette période de leur vie.

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES

Le taux d'emploi demeure moins élevé au Bas-Saint-Laurent que pour l'ensemble du Québec (54 % contre 61 %[1]).

Bien que la population bas-laurentienne soit, en 2006, encore l'une des moins scolarisées du Québec, et ce, avec 29 % de sa population de 25 ans et plus qui n'a jamais obtenu de diplôme d'études secondaires (23 % au Québec), tout porte à croire que cette situation tend à s'améliorer.

[1] Institut de la statistique du Québec, Tableau *Taux d'activité, d'emploi et de chômage, données désaisonnalisées au 1er trimestre 2013.*

1.3 PORTRAIT DE SANTÉ DES BAS-LAURENTIENS

Bien que de manière générale, le bilan global de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent soit comparable à celui de l'ensemble des Québécois, certaines différences significatives sont néanmoins observées.

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS

Le Bas-Saint-Laurent se classe plutôt positivement parmi l'ensemble des régions du Québec quant aux principaux facteurs ayant un impact sur l'état de santé d'une population. Selon les indicateurs disponibles, une bonne partie de la population de la région adopterait des habitudes de vie et des comportements favorables à sa santé. On observe aussi que les conditions sociales qui caractérisent la population du Bas-Saint-Laurent seraient meilleures sur plusieurs aspects que celles qui prévalent dans l'ensemble du Québec.

La région se retrouve dans le peloton de tête parmi les régions qui comptent le moins de fumeurs sur son territoire quoique cette proportion soit stable depuis une dizaine d'années.

Pour ce qui est de la consommation de fruits et de légumes (au moins 5 fois par jour), les dernières données (2009-2010) démontrent une amélioration à ce chapitre, avec une proportion de 52 % pour la région, proportion qui est maintenant similaire à celle du Québec.

Par ailleurs, la population du Bas-Saint-Laurent tend à être plus active dans ses loisirs. Au début des années 2000, 37 % des adolescents de la région étaient très actifs, cette proportion a grimpé à 42 % en 2009-2010. Même observation chez les adultes où la proportion des personnes actives est passée de 26 % à 34 %.

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

La population de la région se distingue positivement pour l'indicateur du taux de grossesse chez les adolescentes de 14 à 17 ans, pour la période 2005-2009, avec un taux de 5,3 pour 1 000 adolescentes. Le Bas-Saint-Laurent est la région qui présente le taux le plus faible de la province (taux du Québec : 13,2 pour 1 000 adolescentes).

Sur le territoire bas-laurentien, les naissances de faible poids (5,2 %) et les naissances prématurées[1] (6,9 %) sont en proportion similaires, voire légèrement plus faibles qu'au Québec (avec respectivement 5,7 % et 7,3 % pour la période 2008-2010).

PERSONNES VIVANT AVEC DES LIMITATIONS

Par ailleurs, en 2009-2010, parmi les personnes âgées de 12 ans et plus qui habitent dans des ménages privés de la région, 26 % ont déclaré être limitées dans certaines activités (à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres activités) à cause d'un état physique, un état mental ou un problème de santé qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus. Il s'agit d'une proportion équivalente à celle enregistrée au Québec (26 %).

En mars 2012, près de 5 100 adultes de la région étaient considérés, en vertu du programme de solidarité sociale, comme ayant des contraintes sévères à l'emploi. Ce nombre de personnes représentait alors 3,4 % de tous les adultes âgés de 18 à 64 ans du Bas-Saint-Laurent, ce qui s'avère un peu plus élevé que dans l'ensemble du Québec, où cette proportion ne se situe qu'à 2,7 %. Par contre, lorsqu'on examine la proportion de personnes recevant de l'aide sociale (adultes et enfants confondus) sur la population totale, la région récolte 2,9 % alors qu'au Québec, cette proportion est de 4 %.

ENVIRONNEMENT SOCIAL

Outre le fait que la région compte moins de familles monoparentales qu'ailleurs au Québec, on observe un peu moins de personnes qui vivent seules. De plus, le territoire compte sensiblement la même proportion de personnes veuves, séparées et divorcées que l'ensemble du Québec (15 % contre 14 %).

On observe depuis quelques années que le décrochage scolaire est moins fréquent dans la région, comparativement à l'ensemble du Québec. Parmi les élèves sortants du secondaire inscrits en formation générale des jeunes en 2010-2011, 12 % n'avaient ni diplôme ni qualification, alors qu'ils étaient 21 % au Québec.

Enfin, le taux de crime contre la personne est moins élevé au Bas-Saint-Laurent que dans la province (taux respectifs de 868 et 1 017 par 100 000 habitants pour l'année 2011).

[1] Faible poids = moins de 2 500 grammes;
prématurées = moins de 37 semaines de gestation.

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

En 2009-2010, 73 % des Bas-Laurentiens de 12 ans et plus ont déclaré avoir une excellente ou très bonne santé mentale. Néanmoins, les troubles mentaux touchent environ 23 500 Bas-Laurentiens, soit 12 % de la population[4]. Il est à noter également que depuis quelques années, la population de la région, particulièrement les hommes présentaient des taux de décès par suicide élevés en comparaison avec d'autres régions sociosanitaires. Toutefois, globalement, le taux de suicide tend à diminuer (taux de 18,8 et de 14,6 pour 100 000 habitants pour le Québec, période 2007-2009), ce qui est une tendance favorable à renforcer.

ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

L'espérance de vie à la naissance est en augmentation constante. Au Bas-Saint-Laurent, elle était de 81,0 ans pour la période 2007-2009. Au niveau des MRC, elle varie de deux années et demie entre la MRC la plus avantagée (Rivière-du-Loup avec 82,1 ans) et celles qui le sont le moins (La Matapédia et Témiscouata avec 79,6 ans chacune).

On note aussi que l'auto-évaluation de l'état de santé général, c'est-à-dire la façon dont les gens perçoivent leur propre santé, varie sensiblement d'un territoire de MRC à l'autre. Si, dans la MRC de Rimouski-Neigette, 66 % de la population évalue très positivement leur santé, cette même évaluation n'est faite que par 44 % de la population de la MRC de Matane (données de 2005).

Du fait, notamment, que la population de la région est plus âgée que celle du Québec, elle est généralement plus affectée par des maladies chroniques. Les taux bruts de mortalité par cancer, de même que par maladies cardiovasculaires, respiratoires et digestives, sont tous plus élevés dans la région qu'au Québec. Toutefois, si la population du Bas-Saint-Laurent présentait une structure d'âge similaire à celle du Québec, seules les maladies respiratoires afficheraient un taux de mortalité supérieur pour la période 2007-2009.

Cependant, sur d'autres aspects la région se distingue négativement du Québec, et ce, sans que la structure selon l'âge de sa population ne soit mise en cause. Son taux élevé de mortalité due aux accidents de véhicules à moteur figure en tête de liste de ces aspects négatifs (14,7 comparé à 7,0 par 100 000 habitants au Québec, période 2007-2009). Même si la population du Bas-Saint-Laurent ne regroupe que 2,5 % de la population du Québec, on y enregistre, selon les chiffres de 2007 à 2009, 4 % des décès par traumatisme non intentionnel (ex. : accident, chute, noyade, etc.).

SERVICES DE SANTÉ

À cet égard, un indicateur provenant de l'Enquête sur l'expérience de soins (EQES) réalisée en 2010-2011, qui mesure la proportion de la population bas-laurentienne de 12 ans et plus ayant un médecin de famille, apparaît significativement plus élevé avec 89 % comparativement au Québec (79 %). Deux territoires de MRC se démarquent de façon significative pour cet indicateur, soit La Matapédia (95 %) et La Mitis (84 %).

[4] Lesage, A. & Émond, V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut national de santé publique du Québec, no : 1578, 15 pages.

1.4 LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET LES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES

DÉCOUPAGE TERRITORIAL

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région du Bas-Saint-Laurent comprend huit réseaux locaux de services (RLS) regroupant dix établissements publics :

- Huit centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui tiennent lieu d'instances locales assumant ainsi la coordination de la mise en place des RLS;
- Deux établissements régionaux spécialisés, soit le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement du Bas-Saint-Laurent (CRDITED);
- La région compte également un Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) sous la responsabilité du CSSS de La Mitis et un Centre de réadaptation en dépendance (CRD) sous la responsabilité du CSSS de Rivière-du-Loup.

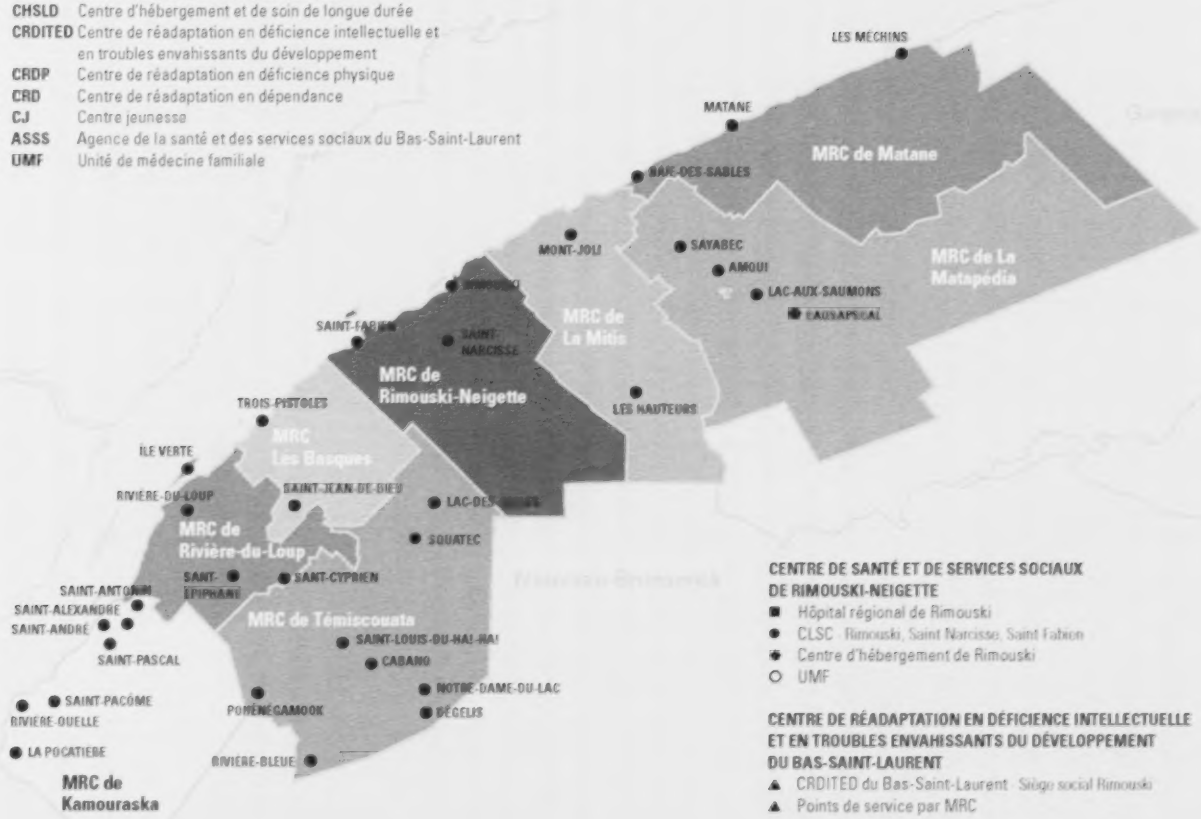
Il faut toutefois noter que plusieurs autres partenaires intersectoriels gouvernementaux ou non gouvernementaux (emploi, éducation, services de garde, justice, sécurité publique, municipalités, organismes communautaires, etc.) sont aussi engagés dans chacun de ces territoires. Le rapport annuel de chacun de ces établissements peut en témoigner de manière plus explicite.

Pour plus d'information sur les établissements de santé et de services sociaux ainsi que sur les réseaux locaux de services, veuillez vous référer aux fiches sociosanitaires, qui peuvent être consultées sur le site Web de l'Agence à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca.

RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

LEXIQUE ET LÉGENDE

- ■ **CHSGS** Centre hospitalier en soins généraux et spécialisés
- ● **CLSC** Centre local de services communautaires
- ◆ **CHSLD** Centre d'hébergement et de soin de longue durée
- ▲ **CRDITED** Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
- △ **CRDP** Centre de réadaptation en déficience physique
- ⬟ **CRD** Centre de réadaptation en dépendance
- ★ **CJ** Centre jeunesse
- ⦿ **ASSS** Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- ○ **UMF** Unité de médecine familiale



CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA
- ■ Hôpital Notre-Dame-de-Fatima - La Pocatière
- ● CLSC - Saint-Pascal, Saint André, La Pocatière
- ◆ Centre d'hébergement d'Anjou - Saint Pacôme
- ◆ Centre d'hébergement Thérèse-Martin - Rivière Ouelle
- ◆ Centre d'hébergement Villa Maria - Saint Alexandre

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP
- ■ Centre hospitalier régional du Grand-Portage
- ● CLSC - Rivière du Loup, Saint Épiphane, Île Verte
- ● Centre d'hébergement - Rivière du Loup, Saint-Antonin, Saint-Cyprien
- ⬟ CRD L'Estran

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE TÉMISCOUATA
- ■◆ Hôpital de Notre-Dame-du-Lac
- ● CLSC - Pohénégamook, Cabano, Dégelis, Lac des Aigles
- ◆ Centre d'hébergement de Squatec
- ◆ Centre d'hébergement de St-Louis-du-Ha! Ha!
- ◆ Centre d'hébergement de Rivière-Bleue

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DES BASQUES
- ◆● Urgence, CLSC, CHSLD
- ○ UMF Basques - KRTB

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIMOUSKI-NEIGETTE
- ■ Hôpital régional de Rimouski
- ● CLSC - Rimouski, Saint Narcisse, Saint Fabien
- ⬟ Centre d'hébergement de Rimouski
- ○ UMF

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT DU BAS-SAINT-LAURENT
- ▲ CRDITED du Bas-Saint-Laurent - Siège social Rimouski
- ▲ Points de service par MRC

CENTRE JEUNESSE DU BAS-SAINT-LAURENT
- ★ Siège social Rimouski
- ★ Unités de réadaptation - Rivière du Loup, Trois Pistoles, Rimouski, Matane
- ★ Points de service par MRC

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT
- ⦿ Rimouski, Rivière du Loup

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MITIS
- ■ CLSC - Mont Joli, Les Hauteurs
- ⬟ Maison des naissances Colette-Julien
- ◆ CHSLD
- △ CR L'InterAction - Rivière du Loup, Rimouski, Mont Joli

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MATAPÉDIA
- ■ Hôpital d'Amqui
- ◆ Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet - Lac-aux Saumons
- ● CLSC - Amqui, Causapscal, Sayabec

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MATANE
- ■ Hôpital de Matane
- ◆ Centre d'hébergement de Matane
- ● CLSC - Matane, Baie-des Sables, Les Méchins

Présentation des réseaux locaux de services du Bas-Saint-Laurent						
Établissements et partenaires en santé et services sociaux						
Territoire	Budget brut final (en millions de dollars)	Personnel* (ETC)	Cliniques médicales**	GMF	Pharmacies	Organismes communautaires
Kamouraska	38,2	490	5	1	7	13
Rivière-du-Loup	87,4 (incluant le budget du CR L'Estran)	1 160	7	2	11	22
Témiscouata	33,2	451	4	1	7	16
Les Basques	13,7	197	0	1	3	8
Rimouski-Neigette	160,8	1 823	12	2	17	39
La Mitis	41,2 (incluant le budget du CR L'InterAction)	621	2	1	5	12
La Matapédia	34	414	3	1	5	12
Matane	42,6	549	5	1	5	14
Établissements régionaux	CJ : 29,8 CRDITED : 29	CJ : 362 CRDITED : 292				
Sous-total établissements	509,7					
Autres catégories	Transports ambulanciers : 24 Organismes communautaires : 17,7 GMF : 3 Technocentre régional : 4 Autres : 1					
TOTAL	559,4	6 359	38	10	60	136

* Source : Rapport financier annuel des établissements (AS-471), année 2012-2013, page 234 (ressources humaines de l'établissement).
** Peut inclure des points de service de GMF s'il y a lieu.

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

2.1 MISSION, RÔLE ET RESPONSABILITÉS

La mission première de l'Agence consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et au bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

À cet effet, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) définit l'environnement du réseau de la santé et des services sociaux où les instances locales de gouverne de services de santé et de services sociaux doivent s'inscrire au sein d'un réseau régional dont la coordination est assurée par une instance régionale qu'est l'Agence.

Dans ce sens, l'Agence assume son **rôle de coordination,** particulièrement en matière d'organisation de services intégrés, de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Pour ce faire, elle **doit exercer les responsabilités suivantes** (art. 340) :

- Assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services et assurer le respect de ses droits (comités des usagers, comités des résidents, conseils d'administration, information sur les services, droits, recours et obligations des usagers, mécanismes de mesures de satisfaction);
- S'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- Développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de la région et les adapter aux particularités de ceux-ci;
- Évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;
- Gérer le service régional de conservation des dossiers des usagers incluant la gestion des profils d'accès et des consentements;
- Approuver les paramètres des services de santé et des services sociaux fixés par les établissements;
- Exercer, dans certaines circonstances prévues par la loi, un pouvoir de surveillance, d'enquête ou d'inspection;
- Exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

L'Agence **doit aussi assumer des fonctions liées à six grands secteurs d'activités :**

- **La coordination des services** (art. 352 à 370) :
  - Assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
  - Assurer la coordination des services de la région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
  - Promouvoir les activités susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population et assurer la collaboration intersectorielle requise;
  - Déterminer les modalités générales d'accès aux différents services offerts par les établissements de la région et s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination sont fonctionnels.

- **La gestion des ressources** (art. 376 à 385) :
  - Développer les plans régionaux de planification de main-d'œuvre et le plan des effectifs médicaux de la région;
  - S'assurer du regroupement de l'approvisionnement en commun;
  - Assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

- **L'allocation des ressources** (art. 350-351) :
  - Allouer les budgets destinés aux établissements;
  - Accorder les subventions aux organismes communautaires;
  - Assurer l'administration et le financement des dépenses d'immobilisations et d'équipements effectuées par les établissements publics de sa région à l'égard des travaux qu'elle autorise;
  - Contrôler les budgets alloués et les subventions octroyées.

- **La santé publique** (art. 371 à 375) :
  - Mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
  - Organiser les services et allouer les ressources pour l'application du Plan d'action régional en santé publique.

- **L'organisation des services** (art. 346.1 à 349) :

  - Développer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
  - Faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la région;
  - Développer un programme d'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise de la région;
  - Soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population.

- **Les priorités de santé et de bien-être** (art. 346-346.0) :

  - Veiller au respect des orientations nationales et des priorités en matière de santé et de bien-être;
  - Constituer et tenir à jour un registre des résidences pour personnes âgées et délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées.

2.2 PLAN D'ORGANISATION, EFFECTIFS ET ORGANIGRAMME

Le Plan d'organisation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent adopté en mai 2012 a fait l'objet d'une révision de son organigramme le 6 février 2013, conséquemment au plan de réduction budgétaire 2013-2014 de l'Agence.

Ce plan et l'organigramme peuvent être consultés sur le site Web de l'Agence à l'adresse www.agencesssbsl.gouv.qc.ca.

Nous vous illustrons ici le tableau des effectifs de l'Agence ainsi que l'organigramme à jour adopté par le conseil d'administration.

LES EFFECTIFS DE L'AGENCE

En date du 31 mars 2013	Exercice en cours 2012-2013	Exercice antérieur 2011-2012
Les cadres		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	8,9	7,86
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	0,3	0,5
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	81,6	77,32
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet [a] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	0,6	0
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	18 990	26 240
• Équivalents temps complet [b]	10,4	14,37

[a] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail divisé par 1 575 heures
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

[b] L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
Nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures

ORGANIGRAMME DE L'AGENCE

Adopté par le CA le 6 décembre 2011
Révisé le 6 février 2013
ASSS.-02-13-325R

2.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION

VACANCES EN COURS D'ANNÉE

Huit postes d'administrateurs ont été renouvelés en cours d'année, soit les cinq postes prévus pour les membres indépendants, le poste issu du Comité régional sur les services pharmaceutiques, le poste issu des comités des usagers des établissements du Bas-Saint-Laurent et le poste issu des organismes communautaires de la région. Ce nombre important de renouvellements découle de l'entrée en vigueur des dispositions du projet de loi n° 127 concernant la composition du conseil d'administration des agences.

Du fait de ce renouvellement, une activité de formation a été tenue au profit des administrateurs à l'hiver 2013 afin de présenter les rôles et responsabilités de l'Agence et du conseil d'administration et de présenter le réseau régional de services de santé et de services sociaux. Également, les différents comités relevant du conseil d'administration ont vu leurs membres être renouvelés et deux nouvelles instances ont été créées, soit le Comité de gouvernance et d'éthique et le Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence.

Au cours des douze derniers mois, les membres du conseil d'administration se sont réunis à six reprises en séance ordinaire et à deux reprises par conférence téléphonique. La loi prévoit au moins six rencontres par année.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Mme Suzanne Fournier, MRC de Rimouski-Neigette
M. Martin Landry, MRC de La Matapédia
Mme Luce Leblanc, MRC de Kamouraska
Mme Deyna L'Heureux, MRC de Rimouski-Neigette
Mme Isabelle Malo, PDG de l'Agence
M. Jean-Paul Morin (président), MRC de Rimouski-Neigette
M. Émilien Nadeau (vice-président), MRC de Témiscouata
M. Jean Papillon, MRC de Rimouski-Neigette
Mme Cynthia Paradis, MRC de La Mitis
Mme Lise Pelletier, MRC de Rivière-du-Loup
Mme Nadine Rouleau, MRC des Basques
M. Claude Roy, MRC de Rivière-du-Loup

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a été révisé et adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008 et est présentement en voie de révision. Une copie intégrale de ce code est annexée au présent rapport.

Pour l'année 2012-2013, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été signalé.

2.4 COMMISSAIRE RÉGIONAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

MANDAT

Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services est responsable du respect des droits des personnes qui s'adressent à lui et du traitement diligent de leurs plaintes. Il intervient également de sa propre initiative lorsque des faits sont portés à sa connaissance et qu'il a des motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes ne sont pas respectés.

Entre autres fonctions, il assure la promotion de l'indépendance de son rôle ainsi que la promotion du régime d'examen des plaintes auprès de la population. Il dresse, au besoin et au moins une fois l'an, un bilan de ses activités auquel il intègre l'ensemble des rapports en cette matière produits par les établissements de santé et de services sociaux de la région. Il exerce aussi un rôle de soutien au plan régional auprès des commissaires locaux des établissements.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Participation aux activités de la Table des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services et aux rencontres de la Table ministérielle des commissaires régionaux aux plaintes et à la qualité des services.
- Rencontres avec la Table des commissaires aux plaintes et à la qualité des services de la région du Bas-Saint-Laurent et collaboration avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes – Bas-Saint-Laurent (CAAP-BSL), avec l'organisme en défense de droits PLAIDD-BF (Promotion, Lutte, Aide, Intervention, Défense, Droit – Bas du Fleuve), ainsi qu'avec les organismes du milieu dont le mandat vise à contrer la maltraitance envers les personnes aînées.
- Présentations de rapports périodiques sur les activités du commissaire régional au Comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au conseil d'administration de l'Agence.
- Examen complété en 2012-2013 de 65 dossiers, soit :
  - 12 plaintes;
  - 13 interventions, dont 11 concernaient les résidences privées pour aînées;
  - 34 demandes d'assistance;
  - 6 demandes de consultation.

Formation en regard des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes

- Participation à deux formations sur le fonctionnement du logiciel de traitement des plaintes SIGPAQS.
- Participation au lancement, par la FADOQ, de l'implantation du nouveau système de certification des résidences privées pour aînés dans la région du Bas-Saint-Laurent.
- Rencontre d'échange avec le CAAP-BSL.

2.5 COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

MANDAT

Le Comité de vigilance et de la qualité veille à ce que l'Agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services concernant les personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte. Il assure le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles du Protecteur du citoyen, le cas échéant.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

M. Marc Doucet
Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
Mme Suzanne Fournier
Membre du conseil d'administration
Mme Deyna L'Heureux
Membre du conseil d'administration
Mme Isabelle Malo
PDG de l'Agence
Mme Lise Pelletier
Membre du conseil d'administration

PERSONNE-RESSOURCE

M. René Dumont
Directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de l'année, le comité a renouvelé sa composition, considérant la nomination de nouveaux administrateurs au sein du conseil d'administration. De ce fait, le comité s'est réuni à deux reprises et outre la prise en compte des rapports du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services portant sur le régime d'examen des plaintes, les sujets suivants ont été traités :

- La révision de son règlement de régie interne.
- Le survol des principaux dossiers qualité entre le Ministère et l'Agence.
- Le nouveau règlement encadrant la certification des résidences privées pour aînés (RPA).

2.6 COMITÉ DE VÉRIFICATION

MANDAT

Le Comité de vérification de l'Agence prend connaissance, entre autres, des résultats des vérifications externes et s'assure que des suites sont données aux recommandations. Il fait des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification. Il est aussi à la disposition du vérificateur et lui vient en aide dans le cours de son mandat.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

M. Martin Landry, membre du CA de l'Agence
M. Jean-Paul Morin, membre du CA de l'Agence
M. Émilien Nadeau, membre du CA de l'Agence
M. Claude Roy (substitut), membre du CA de l'Agence

PERSONNE-RESSOURCE DÉLÉGUÉE PAR LA PDG DE L'AGENCE

Mme France Proulx, directrice des ressources financières et matérielles

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Le Comité de vérification a fait les recommandations suivantes au conseil d'administration :

- L'adoption du budget du Programme de Santé au travail pour l'exercice 2013.
- L'adoption du budget d'opération de l'Agence 2013-2014 et du plan de réduction budgétaire pour cette même année.
- L'adoption des budgets d'opération des établissements.
- L'adoption des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour l'exercice se terminant le 31 mars 2013, vérifiés par le Vérificateur externe.
- L'approbation de la répartition de l'enveloppe régionale 2012-2013 du soutien financier aux organismes communautaires.
- Confier la vérification externe 2012-2013 au Groupe Mallette.
- L'adoption du bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Le Comité de vérification a aussi effectué le suivi de l'entente de gestion entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de façon plus spécifique :

- Prendre connaissance annuellement de l'entente de gestion intervenue entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence.
- Assurer le suivi de l'entente auprès du conseil d'administration.

Il a de plus assuré un suivi de l'évaluation du budget de fonctionnement de l'Agence.

Sécurité informatique

Les membres ont été informés des démarches effectuées au Technocentre concernant le volet sécurité informatique, plus précisément la mise en place de la phase analyse des risques en sécurité de l'information, comme définie dans le cadre de gestion du MSSS.

Cible de réduction de la loi n° 100 et d'optimisation du MSSS

Les membres du comité ont pris connaissance des cibles de réduction concernant l'implantation de la loi n° 100 et des cibles d'optimisation comme définie par le MSSS et ont effectué un suivi rigoureux.

Le comité a été en mesure d'apprécier :

- La capacité du réseau régional à atteindre les objectifs fixés dans le projet de loi n° 100.
- La capacité du réseau d'atteindre les cibles fixées sans diminuer l'offre régionale de service à la population.

2.7 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

MANDAT

Le Comité de gouvernance et d'éthique est un nouveau comité relevant du conseil d'administration de l'Agence, créé dans la foulée de récentes modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de loi n° 127). Le Comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions :

- D'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement.
- D'élaborer un code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration. Ce code doit, entre autres, prévoir les normes suivantes :
  - traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
  - traiter de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
  - prescrire la déclaration obligatoire des intérêts;
  - traiter de leurs devoirs et obligations, même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
  - prévoir des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes responsables de l'application du code et la possibilité de sanctions.
- D'élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques.
- D'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration.
- D'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.
- D'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le comité et approuvés par le conseil d'administration.
- D'assumer toute autre fonction confiée par le conseil d'administration.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Mme Suzanne Fournier
Membre du conseil d'administration

Mme Deyna L'Heureux
Membre du conseil d'administration

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

M. Jean-Paul Morin
Président du conseil d'administration

M. Jean Papillon
Membre du conseil d'administration

PERSONNE-RESSOURCE

M. René Dumont
Directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

En référence aux différents volets de son mandat, ce comité a amorcé ses activités en février 2013 en identifiant les chantiers prioritaires suivants pour la prochaine année :

- Élaboration d'un projet de règlement de régie interne pour le comité, à soumettre au conseil d'administration pour adoption en mai 2013.
- Révision du Règlement de régie interne de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent afin de proposer un règlement révisé au conseil d'administration en juin 2013.
- Proposition aux membres du conseil d'administration d'une démarche de réflexion éthique quant au rôle des administrateurs comme base de réflexion pour réviser le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs. À cette fin, une activité spécifique de réflexion éthique sera proposée aux administrateurs au printemps 2013, pour réalisation à l'automne.
- Identification des besoins de formation des administrateurs et démarche d'évaluation du fonctionnement du conseil à réaliser à l'automne prochain.
- Élaboration des profils de compétence et d'expérience pour la nomination des membres indépendants du CA.

2.8 COMITÉ INTERSECTORIEL DES PARTENAIRES DE L'AGENCE

MANDAT

Le Comité intersectoriel des partenaires de l'Agence est un nouveau comité créé par le conseil d'administration de l'Agence à la suite de la décision prise le 30 novembre 2011 de ne pas renouveler le mandat du Forum de la population. Il avait alors été décidé d'explorer, avec la Conférence régionale des éluEs (CRÉ), la mise sur pied d'une nouvelle structure de concertation régionale réunissant certains partenaires régionaux de l'Agence.

Des échanges ont donc eu lieu avec les représentants de la CRÉ, du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) ainsi que de la Table régionale de concertation des personnes aînées afin de mettre sur pied une nouvelle structure de concertation régionale.

Le mandat retenu pour ce comité consiste à mettre en place un lieu de concertation au niveau des instances régionales partenaires de l'Agence, pouvant permettre ou faciliter les arrimages intersectoriels portant sur les grands enjeux en santé et services sociaux actuels et à venir au Bas-Saint-Laurent. À cette fin, le comité concentre ses travaux sur les éléments suivants :

- Échanger, dans un esprit de réciprocité, sur les enjeux sociosanitaires prioritaires.
- Conseiller l'Agence sur les modalités de consultation de la population prévues à la LSSSS.
- Conseiller l'Agence sur les pistes d'amélioration de l'organisation des soins et services à la population sur la base de l'approche intersectorielle.
- Conseiller l'Agence sur le contenu d'ententes actuelles ou à venir touchant l'organisation des services de santé et de services sociaux et impliquant différents ministères ou partenaires régionaux.
- Fournir à l'Agence tout avis susceptible d'améliorer l'offre de service à la population.
- Proposer des chantiers de travail pouvant interpeller les responsabilités des partenaires membres du comité ou d'autres acteurs autour de préoccupations liées à la santé, au bien-être de la population, à l'organisation des services, etc.
- À partir d'un partage de certains grands enjeux du réseau de la santé et des services sociaux dans la région, conseiller l'Agence sur les stratégies de mobilisation régionales ou territoriales à préconiser.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

M. Gérald Beaudry, CRÉ
M. Gérard Bédard, MELS
M. Jean Bélanger, CRÉ
M. Éric Forest, CRÉ
M. Serge Fortin, CRÉ
M. Michel Lagagé, CRÉ
M. Marcel Lebel, Table régionale des aînés
Mme Ginette Lepage, CRÉ
Mme Isabelle Malo, PDG de l'Agence
M. Jean-Paul Morin, membre du CA de l'Agence

PERSONNE-RESSOURCE

M. René Dumont
Directeur des ressources humaines, de la qualité et de la performance

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Le comité s'est réuni à deux reprises au cours des douze derniers mois, dans un premier temps pour s'approprier le mandat proposé pour le comité ainsi que différents enjeux en santé et services sociaux dans la région. Par la suite, le comité a pris connaissance du bilan de mi-parcours de la Planification stratégique régionale 2010-2015, des travaux intersectoriels en amorce sur le vieillissement en santé, de la démarche COSMOSS et du travail de rue ainsi que des résultats de la consultation de la CRÉ sur son futur plan stratégique régional. Également, certaines pistes de travail pour le comité ont été identifiées pour la prochaine année :

- Avec le secteur de l'éducation, identifier des stratégies pour travailler en amont à mobiliser les acteurs.
- Accentuer les efforts de promotion de nos bons coups comme réseau et en intersectoriel.
- Intervenir en intersectorialité de manière large.
- Poursuivre les travaux sur le vieillissement en santé au plan régional et dans les milieux locaux.
- Prévoir, au début de 2014, une journée de travail avec les nouveaux élus municipaux sur leur rôle de premier plan dans le développement des collectivités.
- Poursuivre les efforts concertés des partenaires pour assurer la pérennité de la démarche COSMOSS et du travail de rue.

2.9 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MANDAT

- Faire des recommandations sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique.
- Formuler des propositions et donner son avis sur la planification, l'organisation et l'accessibilité des services médicaux généraux.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Dre Diane Comeau (Rimouski)
Chef
Mme Isabelle Malo (Agence)
Présidente-directrice générale
Dr Éric Paradis (Rivière-du-Loup)

MEMBRES COOPTÉS

Dr Guildo Côté (Témiscouata)
Dre Véronique Clapperton (Rimouski)
Dr Jean Hudon (Kamouraska)
Dr Jean-François Hérard (Rivière-du-Loup)
Dr Éric Lavoie (Basques)
Dre Maryse Lemieux (La Mitis)
Dre Jacynthe Vallée (La Matapédia)
Adjointe au chef
Dr Pierre-Luc Sylvain (Matane)

PERSONNE-RESSOURCE

Monsieur Michel Plante
Directeur des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Distribution des effectifs médicaux en omnipratique en tenant compte de la pénurie médicale.
- Renouvellement des conventions entre l'Agence et les GMF du Fleuve de Rimouski et Lafontaine de Rivière-du-Loup.
- Rencontre avec les coordonnateurs médicaux pour tenter d'uniformiser le fonctionnement des guichets d'accès pour la clientèle orpheline.
- Informatique médicale : recommandation transmise à la présidente-directrice générale de l'Agence pour soutenir la gestion du changement lié à l'implantation du DME.
- Activités médicales particulières (AMP) : le comité paritaire FMOQ-MSSS a élaboré un nouveau cadre de gestion des AMP.
- Recommandation de maintenir les mécanismes de dépannage pour les CSSS de Kamouraska, Témiscouata, Rivière-du-Loup, Basques, La Matapédia et Matane.
- Formation d'un comité de réflexion sur les stratégies régionales de recrutement et de rétention des omnipraticiens. Le mandat du comité est d'identifier et de comprendre les raisons des départs massifs des dernières années et de faire un travail de réflexion sur les moyens d'éviter ces départs et sur les orientations futures. Du 1er janvier 2012 au 31 mars 2013, il y a eu 21 départs de la région.
- Mise à jour du document *Règlement de régie interne du Département régional de médecine générale*.

2.10 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

MANDAT

- Faire des recommandations sur le plan régional des effectifs médicaux spécialisés et assurer son application.
- Définir, proposer et évaluer un plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Adoption du plan d'action visant l'optimisation des services de biologie médicale (OPTILAB).
- Recommandations concernant la désignation des établissements pour la chirurgie thoracique.
- Poursuite des travaux portant sur le plan d'effectifs médicaux en médecine spécialisée.
- Recommandations portant sur la gestion du consentement du patient dans les systèmes d'information clinique ainsi que sur la numérisation des données antérieures dans le cadre du Dossier client informatisé (DCI).

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Dr Joffre-Claude Allard
Président
Mme Isabelle Malo (Agence)
Présidente-directrice générale
Dre Sabrina Selmani
Dre Jocelyne Synnott

MEMBRES COOPTÉS

Dr Jean-François de la Sablonnière
Vice-président
Dr Claude Dufour
Dre Nathalie Gagné
Secrétaire
Dre Sylvie Harvey
Dre Diane Plourde
Dr Stéphane Thériault

PERSONNE-RESSOURCE

M. Michel Plante
Directeur des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers

2.11 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

MANDAT

- Faire des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner des avis sur :
  - l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques;
  - les projets relatifs à l'utilisation des médicaments;
  - les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

- Ordonnances collectives régionales rendues disponibles sur le répertoire de l'Agence.
- Participation à la table clinique en informatisation à l'Agence.
- Élection, conformément au règlement du CRSP.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

PHARMACIENS ÉLUS

Mme Marlène Collard (Kamouraska)
Présidente
M. Pierre-Olivier Blanchette (Rimouski)
M. James Hill (Rimouski)

PHARMACIENS COOPTÉS

Mme Amélie Boudreau (Rivière-du-Loup)
Mme Martine Lafrance (Rivière-du-Loup)
Mme Cynthia Paradis (La Mitis)

PHARMACIENNE INVITÉE

Mme Marie-Ève Caron (Matane)

MEMBRES DE L'AGENCE

Mme Isabelle Malo
Présidente-directrice générale, membre d'office
Mme Marie-Josée Papillon
Pharmacienne désignée par la PDG
Dre Diane Albert
Membre invitée, répondante pour les services pharmaceutiques

2.12 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Mme Karine April (CSSS de Témiscouata)
Mme Lise Côté (CSSS de Rivière-du-Loup)
Mme Lissia Dumont (CSSS de La Matapédia)
Mme Liliane Dubé (CSSS de Kamouraska)
Présidente
Mme Marthe Fournier (CSSS de Matane)
Mme Mélanie Fournier (CSSS de La Mitis)
Mme Annie Francoeur (CSSS de Rivière-du-Loup)
Mme Annie Lavoie (Centre jeunesse Bas-Saint-Laurent)
Mme Brigitte Lavoie (CSSS de Rivière-du-Loup)
M. Normand Lavoie (Ordre régional des infirmières et infirmiers du Bas-Saint-Laurent - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine)
Mme Brigitte Legault (CSSS de Kamouraska)
Mme Deyna L'Heureux (représentante des cégeps)
Mme Isabelle Ouellet (Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent)
Mme Nicole Ouellet (UQAR)
Mme Anne St-Pierre (CSSS de Témiscouata)

MANDAT

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Se prononcer également sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

Au cours de l'année, le mandat de trois ans des membres s'est terminé, ce qui a nécessité une révision des règlements de fonctionnement de la commission, de même que le renouvellement de ces membres. L'ensemble des postes vacants a pu être confirmé par la venue d'anciens et de nouveaux membres. Ce processus de renouvellement a eu pour effet de limiter les activités au cours de l'année.

Malgré tout, un avis a été déposé au CA de l'Agence sur le rehaussement de la formation de la relève infirmière, qui a été proposé au gouvernement par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Un plan de travail a également été amorcé afin de prioriser des objectifs de travail qui seront portés par la commission pour les trois prochaines années.

2.13 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

MANDAT

- Donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins et services sur le territoire ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre.
- Donner également son avis sur les approches novatrices en santé et leurs incidences.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Mme Ève Bélanger (UQAR)
Mme Carmen Bouffard (Agence)
Mme Karine Lagacé (CRDITED Bas-Saint-Laurent)
M. Ugo Leblanc (Cégep de Rimouski)
M Frédéric Lépine-Pauzé (CSSS de La Matapédia)
Mme Josée Ménard (CSSS de Matane)
Mme Lise Ross (CSSS de Matane)
Mme Nadine Rouleau (CSSS de Rivière-du-Loup)
Mme Lise Verreault (CSSS de Kamouraska)

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

La Commission multidisciplinaire régionale a procédé, par voie d'élection à l'automne 2012, au renouvellement de ses membres. La préparation d'un plan d'action 2012-2015 donne déjà le ton sur les préoccupations des membres.

- Impact du modèle émergeant pour les clients ayant une DI ou un TED.
- Avis concernant l'application de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Formation sur la collaboration interprofessionnelle en santé.
- L'accueil des intervenants multidisciplinaires.
- Accès aux bases de données et aux données probantes.
- Pratique collaborative interprofessionnelle (PI, PSI, PII).
- Processus d'optimisation dans les établissements.
- Gestion des accidents/incidents volet multidisciplinaires.
- La multidisciplinarité et la gouvernance.
- La CMuR prévoit travailler de concert avec la Commission infirmière régionale sur les dossiers et préoccupations communes.

2.14 COMITÉ RÉGIONAL D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

MANDAT

- Donner son avis sur :
  - Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS);
  - Les modifications à apporter au programme à la suite de l'évaluation qu'il en fait;
  - Toute situation où l'application du programme peut soulever certaines problématiques en regard de la coordination de l'ensemble des services ou du respect des droits des personnes d'expression anglaise relativement à ces services.

L'article 348 de la loi stipule que les agences doivent, en collaboration avec les établissements de leur territoire, concevoir un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de leur région. Ce programme doit être approuvé et révisé tous les trois ans.

SITUATION RÉGIONALE

Population anglophone

Selon les données du recensement 2006 de Statistiques Canada, la population anglophone estimée pour le Bas-Saint-Laurent est de 1 328 personnes, soit 0,66 % de la population (une augmentation de 7 % depuis 2001, alors que la population du Bas-Saint-Laurent est restée stable).

La majorité des personnes anglophones se trouve dans les municipalités régionales de comté (MRC) de Rimouski-Neigette (395), de La Mitis (215), de Rivière-du-Loup (173), de Matane (170), de Témiscouata (155) et de Kamouraska (108).

Centres désignés

Aucun établissement n'a été officiellement désigné au Bas-Saint-Laurent par le législateur. Toutefois, le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise élaboré par l'Agence, en collaboration avec le Comité régional et les établissements concernés, a ciblé deux établissements « indiqués » pour desservir la population anglophone de la région du Bas-Saint-Laurent. Il s'agit du Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette ainsi que du Centre de santé et de services sociaux de La Mitis.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Mme Évelyn Annett
Mme Marie Beauchesne
Mme Kathy Dodson
Mme Marie-Claude Giroux
Mme Annick Lepage
Mme Gina Marmen

PRINCIPALES ACTIVITÉS DE L'ANNÉE

C'est par l'entremise du Plan d'accès en langue anglaise 2012 que le comité régional a statué sur les objectifs principaux devant faire l'objet d'efforts concertés. Ainsi, il a été convenu :

- d'identifier les particularités reliées aux personnes d'expression anglaise de la région ainsi que leurs besoins de santé et de services sociaux spécifiques;
- de déterminer les services de santé et les services sociaux requis pour répondre aux besoins reconnus;
- d'indiquer les prestataires de services qui doivent rendre des services de santé et des services sociaux en langue anglaise;
- d'établir les modalités d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

Dans cette optique, Heritage Lower St. Lawrence a été à l'origine de plusieurs initiatives au cours de l'année :

- conférences sur la santé des aînés;
- ateliers auprès des jeunes de l'école l'Envol portant sur la santé mentale;
- traductions de documents liés à la santé de la population;
- achat de volumes en langue anglaise portant sur des enjeux reliés à la santé et au bien-être des collectivités ainsi qu'à la santé mentale.

De plus, des activités de formation en collaboration avec l'Université McGill visant à consolider les services en langue anglaise se sont poursuivies au CSSS de La Mitis ainsi qu'au CSSS de Rimouski-Neigette.

Enfin, plusieurs traductions ont eu cours cette année, dont l'offre de service du Centre d'action bénévole de La Mitis ainsi qu'une partie du site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

2.15 COMITÉ AVISEUR SUR LES CONDITIONS DE VIE DES FEMMES

MANDAT

- Donner son avis et collaborer à la conception et au développement de divers programmes, projets ou dossiers pouvant influencer l'état de santé et de bien-être des femmes.
- Agir sur toute autre question pouvant avoir une incidence sur les conditions de santé des femmes.

COMPOSITION (au 31 mars 2013)

MEMBRES

Mme Sylvie Bouchard, Conseil du statut de la femme
Mme Maryse Desjardins, Regroupement des femmes de la région de Matane
Mme Suzelle Lambert, présidente, Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent
Mme Solange Lévesque, Agence
Mme Pascale Parent, CALACS de Rimouski
Mme Martine Rioux, Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.

FAITS SAILLANTS

- Finalisation de la rédaction de l'Avis : Santé mentale des aînées et surmédication. Il y a eu une présentation de cet avis au conseil d'administration de l'Agence ainsi qu'à la Table de concertation des groupes de femmes du Bas-Saint-Laurent (TCGFBSL).
- Rencontre régionale intersectorielle sur le vieillissement au Bas-Saint-Laurent, qui a regroupé 220 partenaires provenant des 8 MRC de la région. Durant cette journée, les sujets suivants ont été abordés : état de la situation régionale, cadre de référence en matière de vieillissement en santé, expériences vécues dans la région en matière de concertation en faveur d'un vieillissement actif et en santé et des pistes pour se mettre en action.
- Présentation de la recherche du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQSAF), « Santé mentale au Québec : Les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins et des recommandations à la TCGFBSL ».
- Bonification de la trousse d'animation de l'atelier « Banale, la prostitution? » et présentation de cet atelier par le CALACS de Rimouski dans différents groupes de la région (Cégep de Rimouski, UQAR, Table régionale en violence conjugale et agression sexuelle et Centre-Femmes Catherine Leblond inc.).
- Participation au comité ad hoc de la CRÉ concernant l'étude préparatoire sur l'industrie du sexe au Bas-Saint-Laurent, en présence de la chercheuse Karine Côté.
- Appropriation de l'Avis du Conseil du statut de la femme intitulé « La prostitution : il est temps d'agir ».

CHAPITRE

3

FAITS SAILLANTS DE L'ANNÉE

3.1 L'ACTION CONCERTÉE SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

3.1.1 LES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

En novembre 2011, la Direction de santé publique a publié la mise à jour du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2010-2015. Ce document présente les besoins de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de protection de la santé au Bas-Saint-Laurent.

Au cours des derniers mois, les CSSS de la région ont travaillé à l'élaboration et à la mise à jour des plans d'action locaux de santé publique (PAL). À ce jour, tous les CSSS ont déposé un PAL et un déploiement est prévu auprès de leur réseau local de services (RLS) respectif.

Le Plan d'action régional de santé publique 2010-2015 - Gardons le cap sur la santé fait du soutien aux saines habitudes un enjeu majeur qui se décline par des actions concertées à mettre en œuvre dans différents milieux de vie, dont les milieux municipal et scolaire. Pour ce faire, différents moyens concrets sont mis en place, dont la dispensation de sessions de formation locales et régionales sur les environnements favorables aux saines habitudes.

C'est aussi dans ce contexte qu'un investissement dans le programme de santé publique a permis de soutenir les réseaux locaux de services afin qu'ils aient accès à des ressources locales de proximité dédiées à la promotion des saines habitudes de vie et qu'ils puissent ainsi assumer pleinement leur rôle de leader dans la mobilisation locale et au développement et au maintien d'environnements favorables à la santé.

Cette offre de soutien s'inscrit dans la foulée des politiques, programmes et autres initiatives qui font de la promotion des saines habitudes de vie un enjeu majeur au Québec et qui appelle à un mouvement social et à un travail de concertation sans précédent.

Au Bas-Saint-Laurent, l'action intersectorielle est déjà particulièrement développée autour de la santé des jeunes à travers la démarche COSMOSS. Cette concertation a permis le déploiement de huit tables locales en matière de saines habitudes de vie et d'une table régionale qui regroupe l'ensemble des acteurs et qui vise à convenir de priorités d'action, harmoniser les leviers en matière de transfert de connaissances, de calendriers d'action et de soutien financier, dont ceux de Kino-Québec et de Québec en Forme.

SANTÉ DENTAIRE PUBLIQUE

Scellants dentaires

L'application sélective d'agents de scellement sur les molaires permanentes fait partie des pratiques cliniques préventives que la Direction de santé publique soutient de façon prioritaire, en conformité avec la Planification stratégique 2010-2015 du MSSS. Cette mesure préventive est reconnue la plus efficace pour prévenir la carie dentaire des fosses et des sillons où plus de 80 % des caries dentaires se développent en dentition permanente. Elle a été réalisée par les hygiénistes dentaires de huit CSSS de la région. Ainsi, 1 331 enfants ont été rejoints. Cette mesure préventive n'étant pas défrayée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les parents de la région auraient eu à payer pour offrir cette mesure préventive à leurs enfants.

SOULIGNONS LES ACTIVITÉS SUIVANTES EN PRÉVENTION DU SUICIDE

- Adoption des priorités régionales en accord avec le projet d'amélioration des pratiques en prévention du suicide et le Plan d'action régional de santé publique 2010-2015.
- Adoption du rapport d'évaluation régionale de l'implantation du service de suivi étroit pour la clientèle à potentiel suicidaire élevé impliquant les huit centres de santé et de services sociaux et le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent.
- Appropriation de l'évaluation de l'implantation des réseaux de sentinelles en prévention du suicide menée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).
- Tenue d'une rencontre régionale annuelle réunissant les huit relayeurs locaux des CSSS, responsables de l'actualisation des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide et autres acteurs concernés pour les soutenir dans l'actualisation de leur plan d'action local.

Les principaux enjeux

- Maintien de l'expertise des intervenants formés pour l'utilisation de la grille d'estimation de la dangerosité sans la tenue d'activités de coaching sur une base continue.
- Formation du personnel infirmier à l'urgence et des médecins de famille en matière de détection des personnes présentant des idéations suicidaires ou des comportements suicidaires, ainsi que le dépistage de la dépression.
- Actualisation des priorités régionales et locales découlant des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide.

3.2 LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

3.2.1 L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX DE 1RE LIGNE

Le Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en omnipratique 2013, adopté le 28 novembre 2012 par les membres du conseil d'administration de l'Agence, présentait un rehaussement autorisé de 12 postes, lesquels ont été répartis entre les MRC sur la base de l'indice intrarégional d'équité qui reflète l'atteinte des besoins reconnus dans chaque territoire. Les postes ont été attribués comme suit :

Répartition de la croissance en omnipratique au Bas-Saint-Laurent

MRC	Rehaussement autorisé
Kamouraska	1
Témiscouata	3
Rivière-du-Loup	3
Les Basques	3
Rimouski-Neigette	-
La Mitis	1
La Matapédia	-
Matane	1
TOTAL	**12**

Au 30 novembre 2012, 241 omnipraticiens étaient installés au Bas-Saint-Laurent, soit 14 de moins que l'année précédente. Au total, 7 arrivées et 21 départs sont survenus en cours d'année. À la même date, le taux d'atteinte des besoins reconnus en omnipratique variait de 72 % à 91 %, pour un taux moyen de 84 % à l'échelle régionale. Quatorze arrivées et huit départs ont été annoncés pour l'année 2013, ce qui contribuera à atténuer la vague de départs de l'an dernier.

La concrétisation des départs massifs de 2012 a mené à la création d'un groupe de travail chargé de comprendre les raisons de ces départs anormalement nombreux et de réviser les méthodes existantes afin d'éviter qu'une telle situation ne se reproduise dans le futur. Des omnipraticiens, des professionnels de l'Agence et des représentants du Consortium Inter-Est Santé ont amorcé la réflexion qui se poursuivra vraisemblablement sur quelques années. Une démarche similaire est aussi en cours au niveau national, où l'objectif est d'harmoniser les pratiques de répartition intrarégionales.

GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

Les 10 groupes de médecine de famille du Bas-Saint-Laurent comptent 114 092 inscriptions, dont 45 689 sont des personnes avec une condition de santé vulnérable. De fait, avec 152 médecins partenaires, 57 % de la population régionale totale est inscrite en GMF, ce qui comprend un ratio de clientèle vulnérable supérieur à la moyenne provinciale. La faible augmentation du nombre d'inscrits, soit un peu plus de 2 300 durant l'année, peut s'expliquer en partie par la perte nette de 12 médecins de famille qui ont quitté la région entre le 1er janvier 2012 et le 31 mars 2013.

En octobre 2012, la Table de concertation régionale GMF a adressé une demande formelle à l'Agence pour que soit lancée une démarche régionale d'analyse des dossiers médicaux électroniques (DME) afin de favoriser le déploiement d'un DME régional. Un comité consultatif formé de cliniciens, d'adjointes administratives et de représentants de l'Agence a piloté le processus d'évaluation qui s'est déroulé au printemps 2013. De plus, le Département régional de médecine générale a procédé au renouvellement des groupes de médecine de famille de Lafontaine et du Fleuve.

GUICHET D'ACCÈS POUR LES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

La région compte un guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille dans chacun des huit CSSS. Grâce à ceux-ci, les quelque 229 médecins de la région y participant ont pris en charge plus de 10 500 patients orphelins en 2012-2013. Deux réunions de travail ont eu lieu en novembre 2011 et en janvier 2012 afin de partager le travail accompli et de discuter de l'organisation de ces guichets.

Une démarche d'évaluation visant l'optimisation des processus administratifs des guichets d'accès pour la clientèle orpheline a été effectuée en 2012 et un rapport a été déposé à cet effet.

Le DRMG a mandaté une équipe de travail pour réviser la gestion des données de SIGACO de manière à permettre le suivi et l'analyse d'indicateurs significatifs.

INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SOINS DE 1RE LIGNE

La région du Bas-Saint-Laurent recevra dix postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1re ligne (IPSPL) d'ici 2017. Actuellement, cinq postes IPSPL sur six sont actuellement occupés, car il y a eu un départ au cours de l'année. Voici leur répartition :

- Un poste au CSSS de Matane;
- Un poste au CSSS de La Mitis;
- Un poste au CSSS de La Matapédia;
- Deux postes au CSSS de Témiscouata (un poste vacant en raison d'un départ);
- Un poste au CSSS de Rivière-du-Loup.

Des IPSPL et des directeurs de soins infirmiers concernés se sont réunis en novembre 2012 afin de partager les enjeux, les difficultés et les stratégies qui facilitent l'intégration des IPS dans les équipes de 1re ligne de la région.

3.2.2 LES SERVICES INFO-SANTÉ 8-1-1 ET LE SERVICE TÉLÉPHONIQUE POUR LES PERSONNES ÉPROUVANT DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ 8-1-1 ET INFO-SOCIAL (SRISIS) DU BAS-SAINT-LAURENT

Portrait statistique 2012-2013

Description	Info-Santé	% Volet santé	Info-Social	% Volet social	% SRISIS
Total de l'offre d'appels	75 735	-	2 186	-	-
Total des appels répondus	64 635	85,34 %	1 479	67,66 %	84,85 %
Total des appels abandonnés[1]	11 030	14,56 %	684	31,29 %	15,03 %
Délai moyen d'attente avant d'être répondu	3,43 minutes	-	1,35 minute	-	-
Durée moyenne des appels	15,15 minutes	-	33,99 minutes	-	-
Normes provinciales pour la durée des appels	16 minutes	-	30 minutes	-	-

[1] Client qui est en attente et qui décide de raccrocher.

INFO-SANTÉ 8-1-1

Des travaux ont eu lieu afin d'améliorer la gestion des appels en termes d'accessibilité, de qualité et d'efficience pour se rapprocher du coût moyen par appel qui est attendu par le MSSS (22 $/appel).

Une réduction budgétaire pour un montant de 155 000 $ récurrent a été imputée au Service régional Info-Santé 8-1-1 à la demande du MSSS, ce qui a eu pour impact de couper un poste d'infirmière à temps complet de jour de même que des heures de non-remplacement qui avaient été comptabilisées. Selon les dernières données transmises par le Service régional Info-Santé 8-1-1, le coût moyen par appel a été réduit de 3,69 $ pour atteindre un coût moyen de 23,99 $/appel.

INFO-SOCIAL

Au cours de la dernière année, le projet-pilote du Service Info-Social s'est poursuivi au Service régional Info-Santé 8-1-1 et Info-Social (SRISIS-BSL) du CSSS de La Mitis. Des représentations régionales ont été faites au Forum de coordination des directeurs généraux afin de convenir d'une orientation régionale à l'égard de l'avenir du projet pilote Info-Social au Bas-Saint-Laurent et une décision de principe favorable à la consolidation du service 24h/7 a été prise. Des travaux régionaux et locaux seront entrepris afin d'assurer une réelle intégration et complémentarité du service Info-Social 24h/7 dans l'offre de services sociaux généraux des CSSS.

La Direction des affaires médicales, universitaires, des services de santé et hospitaliers (DAMUSSH), les gestionnaires du service Info-Social et du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise (CPSIC) ont poursuivi des rencontres de travail qui ont permis d'identifier les services spécifiques à chacun, les services complémentaires et ceux qui peuvent être en duplication. Une trajectoire de services de même qu'une entente de collaboration qui assure des mécanismes de référence des clientèles ont été élaborées et signées, ce qui a permis de reconnaître positivement les mandats et les services spécifiques de chacun.

RÉPERTOIRE DE RESSOURCES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Ce répertoire est un bottin informatisé composé de plus de 30 000 ressources de l'ensemble des régions du Québec. Il s'avère un outil indispensable pour le personnel du Service régional Info-Santé 8-1-1 et Info-Social (SRISIS), afin qu'il puisse avoir accès à de l'information à jour et ainsi orienter la clientèle à la ressource de son milieu qui peut répondre à son besoin. Une mise à jour des ressources est assurée par un réseau de répondantes locales, basées dans chaque CSSS. Celles-ci sont soutenues par une pilote régionale du SRISIS du CSSS de La Mitis qui assure le soutien et la validité des données du répertoire pour l'ensemble de la région. En 2012-2013, la région a une moyenne de mise à jour de près de 98 %, ce qui est au-dessus de la cible du MSSS (94 %).

3.2.3 LES SERVICES DISPENSÉS AUX CLIENTÈLES ATTEINTES DE MALADIES CHRONIQUES OU DE CANCER

MALADIES CHRONIQUES

Souvent citée en exemple par le MSSS en ce qui concerne l'organisation des services en maladies chroniques, l'Agence continue d'assurer un accompagnement et un suivi auprès des CSSS afin de maintenir la qualité des services offerts. Les clientèles ayant accès aux services des professionnels des équipes maladies chroniques demeurent les mêmes : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme, insuffisance cardiaque, clientèle à risque (syndrome métabolique, intolérance au glucose, haut risque sur l'échelle de Framingham). Il est à noter que les références aux nutritionnistes et aux kinésiologues sont en constante évolution depuis trois ans, ce qui fait en sorte que le travail en interdisciplinarité prend de plus en plus d'importance au niveau de la gestion des maladies chroniques.

En ce qui concerne le nombre d'usagers ayant bénéficié des services offerts par les professionnels des équipes en maladies chroniques pour 2012-2013, notons les 4 385 nouveaux cas en maladies chroniques rencontrés pour l'ensemble des 8 CSSS. De ce nombre, il y a eu 1 803 nouveaux cas en diabète. Les professionnels des équipes en maladies chroniques, que ce soit infirmières, nutritionnistes, kinésiologues ou autres professionnels, ont rencontré 10 933 usagers aux prises avec différentes maladies chroniques lors de la dernière année.

Formations et outils en maladies chroniques

Tout comme par le passé, l'Agence a soutenu les professionnels de la santé travaillant en maladies chroniques avec un calendrier de formation complet. À ce titre, il faut souligner, entre autres, la journée annuelle de formation en maladies chroniques qui a eu lieu le 25 mai 2012 et qui a attiré plus de 150 participants. L'Agence a également poursuivi son objectif de rendre les formations disponibles plus facilement auprès des professionnels en produisant un DVD de formation, également accessibles sous forme de capsules web par le biais de la bibliothèque virtuelle. Le DVD « Parcours vers la santé – Votre nouveau rythme de vie », volet postinfarctus, a été réalisé en collaboration avec le CSSS de Rimouski-Neigette. Ce DVD s'adresse à la clientèle postinfarctus, et a été distribué à l'ensemble des CSSS du Bas-Saint-Laurent. Il sert donc de vidéo d'enseignement de base sur la maladie cardiovasculaire que le patient peut consulter à la maison en attendant de rencontrer les professionnels des équipes maladies chroniques des CSSS.

Perspectives en maladies chroniques

Toujours en ayant pour optique une première ligne forte, l'Agence devra s'assurer d'une complémentarité dans la gestion des maladies chroniques entre les GMF, les cabinets de médecins privés et les équipes maladies chroniques des CSSS. Comme tout programme qui évolue dans le temps, certains ajustements mineurs seront à prévoir afin de répondre aux besoins de la clientèle. La population de plus en plus vieillissante et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques font en sorte que nous devons agir ainsi. La révision du rôle de l'infirmière en maladies chroniques, l'utilisation plus importante du volet enseignement de groupe pour certaines clientèles ainsi que la mise en place de divers moyens favorisant l'autogestion des usagers suivis en maladies chroniques sont quelques-uns des défis que l'Agence devra relever pour les prochaines années.

3.2.4 LES SERVICES AUX JEUNES EN DIFFICULTÉ

Faits saillants

- Programme d'intervention en négligence :
  - Déploiement du programme d'intervention en négligence l'EnTrain;
  - Mise en œuvre du volet Parent-Soutien sur le territoire du CSSS de La Matapédia;
  - Réalisation des travaux de monitorage du Programme l'EnTrain au CSSS de La Matapédia.

- Mesures de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 :
  - Poursuite du Programme de qualification des jeunes (PQJ), permettant l'accompagnement de 40 jeunes;
  - Maintien de l'équipe de 2e niveau multidisciplinaire en santé mentale et en prévention du suicide au Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;
  - Maintien du programme d'intervention spécifique en toxicomanie offert aux jeunes en centre jeunesse.

- Initiative AIDES (action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) :
  - Adhésion du CSSS des Basques, du CSSS de La Matapédia et du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent à la démarche;
  - Collaboration avec l'équipe de recherche universitaire;
  - Mise en place d'instances de coordination aux plans local et régional.

- Adoption internationale :
  - Instauration d'un mécanisme au Bas-Saint-Laurent pour faciliter l'application du Programme-service Jeunes en difficulté concernant la visite du CSSS 14 jours après l'arrivée de l'enfant adopté.

- Offre de formation du Programme-service Jeunes en difficulté :
  - Création du portrait des besoins futurs des établissements en vue d'un transfert éventuel de responsabilités des formations du MSSS vers les agences.

- Entente multisectorielle :
  - Consolidation de la structure de coordination entre le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, la Sûreté du Québec et les procureurs aux poursuites criminelles et pénales lors du déclenchement de l'entente multisectorielle dans les cas d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'absence de soins portant atteinte à la santé des enfants.

- Entente de complémentarité des services entre le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux :
  - Mise sur pied d'un comité de travail issu des deux réseaux, mandaté pour concevoir un manuel de référence sur les plans de service individualisés et intersectoriels et pour orchestrer le déploiement d'une formation régionale sur les plans de services individualisés et intersectoriels (PSII).

Perspectives

- Consolider le déploiement du Programme l'EnTrain pour la région et explorer les possibilités de développement du volet Parent-Soutien dans les territoires les plus avancés, soit en phase 3.
- Consolider le déploiement de l'initiative AIDES dans les deux territoires visés et en centre jeunesse.
- Amorcer des interventions de sensibilisation, d'information et de formation sur l'initiative AIDES avec d'autres territoires.
- Déployer les actions requises pour le transfert des responsabilités de formation du Programme-service Jeunes en difficulté du MSSS vers l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Offrir des activités de sensibilisation, d'information ou de formation aux partenaires des services de garde, des centres de la petite enfance et des milieux scolaires ayant des liens avec l'application de l'entente multisectorielle.
- Actualiser le déploiement de la formation régionale sur les PSII destinée au personnel du réseau de l'éducation et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux.

3.2.5 LES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET AUX PRISES AVEC UNE PROBLÉMATIQUE D'ABUS OU DE DÉPENDANCES

SANTÉ MENTALE

Faits saillants

- Consultation régionale réalisée à l'été 2012 (Centre jeunesse, organismes communautaires, représentants des personnes utilisatrices de services en santé mentale, CSSS [1re et 2e ligne] médecins, psychiatres, pédopsychiatres) dans le but d'acquérir une connaissance de l'état de réalisation des différentes mesures du Plan d'action en santé mentale 2010-2015 incluant les cibles énoncées dans les ententes de gestion.
- Plan d'action pour les trois prochaines années est en lien avec cette démarche et en conformité avec les priorités ministérielles en santé mentale.
- Investissement de 562 103 $ pour quatre organismes communautaires en santé mentale à vocation régionale et deux centres de santé et de services sociaux à vocation spécialisée en santé mentale pour consolider des services.
- Poursuite de la mise en place de mécanismes d'accès et de liaison, des trajectoires de services et de différentes procédures en santé mentale pour assurer le « reaching out » et le suivi des personnes (comité réunissant les CSSS, des représentants de personnes utilisatrices et l'Agence).
- Production d'une analyse de besoins des équipes de première ligne en santé mentale au plan clinique par le Centre national d'expertise en santé mentale (CNESM) de concert avec l'Agence (Suivi intensif – Soutien d'intensité variable).
- Consolidation des services d'aide, d'entraide et de groupe pour les parents et les proches ayant un jeune aux prises avec une problématique de santé mentale, incluant les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) offerts par la Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent.
- Démarche de collaboration (COSMOSS) à l'actualisation de l'opération annuelle d'inventaire de l'offre de service en santé mentale.
- Contribution à l'avancement d'un projet novateur pour appuyer la transformation des représentations sociales dans le domaine de l'intégration du travail des personnes handicapées.

Les principaux enjeux

- Assurer une connaissance continue de l'offre de service des CSSS et des organismes communautaires en santé mentale auprès des principaux partenaires et de la population en général.
- Consolider les ressources et assurer l'efficience des services de première ligne en santé mentale.
- Assurer un fonctionnement optimal des mécanismes d'accès, de liaison et de référence entre les différents acteurs de première ligne et les services spécialisés.
- Améliorer les mécanismes d'information, de communication et de collaboration entre les différents acteurs en santé mentale.
- Améliorer l'accessibilité aux services médicaux généraux, psychosociaux, de suivi dans la communauté et psychiatriques pour respecter les délais prescrits et ainsi diminuer les listes d'attente.
- Améliorer la gamme de services résidentiels pour la clientèle en santé mentale ainsi que celles aux prises avec des problématiques associées.
- Rendre accessible le développement d'expertise en santé mentale par des activités de formation et de coaching.
- Consolider au plan régional la fonction de psychiatre et de pédopsychiatre répondant aux besoins des omnipraticiens et des équipes de 1re ligne.
- Rendre disponibles des activités portant sur la promotion de la santé mentale, de la prévention des troubles mentaux et sur les préjugés et la stigmatisation.

DÉPENDANCE

Faits saillants

- Soutien dans la mise en place du mécanisme d'accès et trajectoire de services en dépendances au plan local ainsi qu'au niveau des arrimages requis avec les services régionaux de psychiatrie.
- Déploiement régional de formations en entretien motivationnel ainsi qu'en approche de réduction des méfaits aux intervenants du milieu afin d'assurer une harmonisation des pratiques cliniques.
- Évaluation continue en regard des services offerts en dépendance, tant dans le milieu communautaire que dans le secteur public.
- Accompagnement des organismes communautaires concernés par le processus de certification.
- Suivi et accompagnement des organismes communautaires concernés et du Centre de réadaptation en dépendance du BSL en lien avec un projet intergouvernemental qui s'adresse spécifiquement à la clientèle de moins de 30 ans ayant une problématique d'abus ou de dépendance, et ce, dans une perspective de contrer l'itinérance.

Perspectives

- Assurer le suivi et l'accompagnement au niveau du déploiement des services de première ligne en dépendance dans les CSSS de la région.
- Assurer le suivi et l'accompagnement du centre de réadaptation en dépendance en regard de son offre de service spécialisée.
- Assurer l'accompagnement et favoriser l'arrimage entre les services de première et de deuxième ligne dans la région et hors région.
- Assurer la continuité de services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance.
- Déterminer les mécanismes et les trajectoires de services pour assurer l'offre de service en dépendances, autant pour les services de base que pour les services spécialisés.
- Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.

3.2.6 SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA) LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

PROGRAMME D'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

- En collaboration avec le fiduciaire régional du *Programme d'oxygénothérapie à domicile, le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup*, rédaction du *Cadre de référence régional du Programme d'oxygénothérapie à domicile*.
- Élaboration d'un comité régional sous la supervision clinique de deux médecins (est-ouest).
- Coordination des services et présentation du Cadre de référence à tous les CSSS par le fiduciaire du programme.

Perspectives

- Programme de formation en collaboration avec le fiduciaire;
- Ajustement de la trajectoire de service dans les CSSS.

PROGRAMME DE LA PRÉVENTION DES CHUTES

Perspectives

- Collaborer avec la DSP et la DAMUSSH à l'organisation d'une formation en lien avec la prévention des chutes.
- Intégrer le Programme Intervention multifonctionnelle personnalisée dans les services externes de gériatrie.

OPTIMISATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

- Introduction d'une approche individualisée auprès des CSSS dans l'objectif de favoriser l'augmentation des heures de service directes à la clientèle long terme du service de soutien à domicile pour les personnes âgées et les personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.
- La cible d'optimisation régionale en SAD long terme était de 297 619 heures et le résultat régional est de 306 094 heures.

POURSUITE DE L'IMPLANTATION DES LIGNES DIRECTRICES RÉGIONALES POUR LE RÉSEAU DE SERVICE INTÉGRÉ OPTIMISÉ

- En lien avec le Cadre de référence pour l'hébergement des personnes âgées, un soutien est offert par l'Agence afin de s'assurer de la bonne gestion des listes d'attente en considérant « la bonne personne à la bonne place ».
- Développement d'une procédure pour déterminer l'outil à utiliser pour identifier les besoins de la clientèle et ainsi offrir aux gestionnaires une meilleure connaissance de la population à desservir.
- À partir du Cadre de référence des lignes directrices régionales, s'assurer de la bonne intégration de la loi n° 90 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.

PERTINENCE DE L'UTILISATION DES LITS EN CHSLD

- Soutien et accompagnement auprès des comités d'orientation et d'accès (COA) des établissements de la région afin d'assurer la pertinence des demandes d'accès aux services des CHSLD en lien avec les critères d'accès reconnus et d'augmenter l'offre de service à domicile.
- Observation pour l'ensemble des COA (6/8 CSSS) et complétion d'un rapport.
- Complétion d'un tableau représentant les admissions (adultes et personnes ainées) et présentation à chaque période à l'ensemble des directeurs généraux des CSSS.
- Soutien aux établissements pour s'assurer d'admettre les bons usagers en CHSLD et de régulariser la situation pour les usagers déjà hébergés qui n'ont pas de profil.
- Les CSSS sont présentement dans un mouvement actif de révision de leur mécanisme d'accès et d'organisation de travail sur le terrain. Ces interventions devraient avoir un impact sur leurs heures en SAD.

ÉTABLISSEMENTS	La Matapédia	Matane	La Mitis	Rimouski	Basques	RDL	Témiscouata	Kamouraska	BSL
CHSLD : lits au permis	96	106	150	272	86	207	111	151	1 179
Lits dressés 2013/04/30	94	106	135	250	60	179	111	120	1 055

IMPLANTATION DE L'APPROCHE ADAPTÉE EN MILIEU HOSPITALIER (AAPA/OPTIMAH) :

- Six CSSS sont dans le processus de l'implantation de l'AAPA.
- Début des formations en lien avec le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Tous les CSSS ont accès aux formations par E-learning.
- Début du suivi par la *Grille de suivi de l'implantation des composantes de l'AAPA en milieu Hospitalier.*
- Deux formations destinées notamment aux médecins, pharmaciens aux infirmières ont été organisées en lien avec l'AAPA.

OFFRE DE SERVICE POUR LA CLIENTÈLE AVEC PROFIL GÉRIATRIQUE AYANT DES SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE

- Développement de trois volets de services pour cette clientèle avec le CSSS de La Mitis ayant un mandat régional :
  - Volet expertise-conseil
  - Volet hébergement transitoire
  - Volet accompagnement-soutien
- Début d'une formation offerte par l'Agence à l'ensemble des CSSS de la région (CHSLD-SAD).

Perspectives

Poursuivre la formation auprès des CSSS de Rivière-du-Loup et de La Matapédia.

DOSSIER MALTRAITANCE

- Implantation d'un programme de formation pour aider des personnes aînées à gérer leur budget de façon autonome, et ce, malgré certaines pertes d'autonomie (mobilité, sensoriel et déficit cognitif léger).
- Implantation via les centres d'action bénévole, d'une formation pour aider les personnes aînées à réfléchir à un changement de milieu de vie lorsque survient la diminution des capacités ou du réseau de soutien.

Perspectives

- Bonifier les programmes implantés avec les organismes communautaires en vue de former des formateurs qui se déploieront dans chaque territoire des CSSS.
- Présence d'une instance dans ces territoires pour agir en partenariat avec les organismes communautaires et multisectoriels pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées.
- Formatrice identifiée dans sept territoires pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées. Plusieurs personnes ont déjà reçu la formation.

3.2.7 LES SERVICES EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Faits saillants

- Au cours de la dernière année, 713 personnes ont reçu des services de soins palliatifs à domicile offerts par les établissements de la région, et ce, avec une moyenne de près de 15 interventions par personne.
- La région dispose par ailleurs de quelque 30 places en soins palliatifs disponibles dans les établissements de la région et de 13 places en maison de soins palliatifs. Précisons qu'il y a eu ouverture d'un 7e lit à la Maison Marie-Élisabeth de Rimouski.

Perspectives

- Avoir des lits dédiés dans chaque territoire de CSSS.
- Implanter une plateforme d'échange pour les meilleures pratiques.
- Optimiser le continuum de soins palliatifs à domicile.
- Avoir un programme en soins palliatifs dans chaque CSSS.
- Mettre en place un programme de formation adéquate en soins palliatifs.
- Développer un partenariat avec les organismes communautaires pour la mobilisation de bénévoles.
- Proposer une offre de service bonifiée pour les soins palliatifs à domicile avec le rehaussement budgétaire à venir.

3.3 UN DÉLAI CLINIQUEMENT APPROPRIÉ POUR L'ACCÈS AUX SERVICES

3.3.1 LES RESSOURCES MÉDICALES SPÉCIALISÉES

En 2012, les membres du conseil d'administration ont adopté le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés (PREM) 2012-2015. Depuis, quelques modifications se sont ajoutées, dont une transmise dans l'exercice faisant objet du présent bilan, le 8 janvier 2013 par le ministre.

Par rapport au PREM 2011 qui totalisait 226 médecins spécialistes, les derniers ajustements augmentent le PREM 2012-2015 de 16 postes au total, soit 2 de plus que la prévision de l'an dernier. Ces postes supplémentaires sont accordés au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rimouski-Neigette, soit un en radio-oncologie et l'autre en chirurgie thoracique. Ces rehaussements font passer le PREM en spécialité à 242 postes en 2015.

De façon plus spécifique, le PREM 2013 diffère du PREM 2012 par les ajouts suivants :

- La Mitis : ajout d'un poste en physiatrie;
- Rimouski-Neigette : ajout de postes en chirurgie thoracique, endocrinologie, néphrologie et radio-oncologie (un poste par discipline);
- Rivière-du-Loup : ajout de deux postes en gériatrie et d'un poste en médecine interne.

Plusieurs de ces postes sont rattachés à des obligations de services suprarégionaux. Pour l'année 2013, un total de 237 postes en spécialité est donc disponible sur le territoire du Bas-Saint-Laurent.

En termes de recrutement, l'exercice 2012-2013 a été fructueux. Au début de l'année du PREM 2013, on comptait 200 spécialistes, soit 13 de plus que l'année précédente. Ceci résulte de 22 arrivées et de 9 départs. Par ailleurs, deux postes supplémentaires en anatomo-pathologie pourraient être migrés de la Côte-Nord au CSSS de Rimouski-Neigette dans un avenir rapproché. Ces postes seraient eux aussi accordés à la condition que des ententes de service suprarégionales soient ratifiées avec les établissements de la Côte-Nord.

3.3.2 LES SERVICES THÉRAPEUTIQUES ET DIAGNOSTIQUES

LABORATOIRES

Cette année, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est engagé dans un processus provincial d'optimisation des services de biologie médicale. Ce processus vise l'amélioration de l'accès aux centres de prélèvements, l'amélioration de la qualité, de la pertinence et de l'efficience des services offerts par les laboratoires de biologie médicale. Une révision des corridors de services locaux, régionaux et suprarégionaux est en cours afin de déterminer s'il y aura maintien, modification ou abandon des services.

Les établissements du Québec procèdent annuellement à une enquête d'accessibilité aux centres de prélèvements. De façon générale, les centres de prélèvements du Bas-Saint-Laurent respectent les normes ministérielles qui recommandent un temps d'attente de moins d'une heure au sans rendez-vous, et l'accès à un rendez-vous à l'intérieur d'un délai de quatorze jours. Chaque année, nous mettons tout en œuvre pour amoindrir les écarts observés et améliorer l'accès.

Pour assurer la qualité des services, les laboratoires du Bas-Saint-Laurent déploient des efforts continus dans le cadre du processus d'agrément des laboratoires. À cet effet, l'Agence poursuit le financement du mandat de la chargée régionale pour l'agrément des laboratoires, qui permet une mise en commun des efforts pour la production de la documentation et assure un soutien continu aux établissements de la région.

Enfin, le MSSS a procédé à l'abolition de la facturation interrégionale pour les services de biologie médicale. Cet exercice a pour but de diminuer les processus administratifs générés par la facturation des services de laboratoires entre établissements.

ACCÈS AUX SERVICES D'URGENCE

Le nombre de visites aux services d'urgence, sur le territoire du Bas-Saint-Laurent, a subi une légère diminution. La durée moyenne de séjour des patients sur civière se situe à 9,6 heures. Ce résultat est excellent puisque la cible visée pour cet indicateur est de moins de 11 heures.

D'un point de vue régional, les cibles fixées pour les indicateurs reliés à la performance des services d'urgence ont été respectées et les résultats obtenus pour l'année 2012-2013 se distinguent favorablement de ceux de la moyenne provinciale.

ACCÈS À LA CHIRURGIE

L'accessibilité à la chirurgie demeure une priorité. La majorité des chirurgies a été réalisée selon les délais d'accès fixés par le MSSS. En effet, 90 % des patients ont été opérés à l'intérieur de 6 mois. Voici un tableau de la durée moyenne d'attente dans la région du Bas-Saint-Laurent pour chaque catégorie de chirurgie pour l'année financière 2012-2013 :

Catégorie de chirurgie	Durée moyenne d'attente en semaines
Hanche	24
Genou	22,8
Cataracte	13,3
1 jour	8,3
Hospitalisation	8,1
Bariatrique	35,8
Moyenne	**10,2**

Source : SIMASS Rapport 7

Afin d'assurer une saine gestion du mécanisme d'accès aux services spécialisés, l'Agence a octroyé une allocation budgétaire non récurrente aux établissements. Cette allocation devait être utilisée pour l'épuration et la gestion active des listes d'attente en chirurgie ainsi que pour le maintien en place des ressources attitrées à la validation et l'assurance de la qualité des données saisies dans le système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS).

En matière de chirurgie bariatrique, les CSSS de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette ont reçu leur désignation de la part du MSSS pour effectuer ce type d'intervention.

3.3.3 LES SERVICES SPÉCIFIQUES ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS DE RÉADAPTATION POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE

Faits saillants

Financement additionnel en déficience

En juillet 2012, l'annonce d'un financement additionnel en déficience de 390 968 $ par le MSSS a permis d'amorcer des travaux pour :

- Améliorer l'accessibilité des services offerts par les CSSS, au CRDITED du Bas-Saint-Laurent et au CRDP l'InterAction, plus spécifiquement dans le domaine de la déficience du langage.
- Consolider l'offre de service en répit par le biais de l'organisme Répit Loisir Autonomie qui élargira ses activités à l'ensemble de la région.
- Augmenter les mesures de soutien aux familles ayant un enfant présentant un trouble envahissant du développement (TED).
- Favoriser le développement de ressources d'hébergement pour les personnes ayant une problématique multiple et un trouble grave du comportement.

Plan d'accès

Au 31 mars 2013, les établissements de la région ont réussi à implanter 7 mécanismes et standards parmi les 12 préconisés par le plan d'accès. Ils ont amorcé des travaux pour réviser les modalités d'accès, pour élaborer des trajectoires de services et pour actualiser le rôle de l'intervenant pivot réseau dans les CSSS. Aussi, le défi des établissements de la région sera de se concerter pour favoriser la tenue de plan de service et une gestion intégrée de l'accès et de la continuité des services en déficience.

Un suivi périodique des taux de respect des établissements a permis une plus grande fiabilité des données. Nous notons une amélioration des taux de respect pour l'ensemble des CSSS pour tout type de déficience. Au niveau des services spécialisés en déficience physique offerts par le CRDP l'InterAction, les programmes de la déficience du langage, de la déficience visuelle et auditive ont réussi plus difficilement à offrir un premier service

dans les délais prescrits pour les niveaux élevé et modéré. En ce qui a trait aux services spécialisés en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement offerts par le CRDITED, les résultats pour les demandes de niveau élevé sont près de la cible et ont atteint la cible pour le niveau modéré.

Réseau intégré de services en DI-TED pour les services d'adaptation et de réadaptation

Au cours de l'année 2012-2013, l'implantation du réseau intégré de services en DI-TED pour le volet adaptation-réadaptation a été complétée pour les CSSS des Basques, de Témiscouata et de La Mitis. Les équipes du CRDITED et des CSSS de Matane, de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette sont présentement à pied d'œuvre pour finaliser ce chantier en octobre 2013.

Chantier en langage en jeunesse (0 à 5 ans)

Les CSSS et les deux centres de réadaptation se sont mobilisés pour améliorer la réponse aux besoins des enfants qui ont des incapacités en langage. L'offre de service en première et en deuxième ligne a été révisée pour faciliter l'accès et la continuité des services. Aux termes de ce chantier, les trajectoires de services seront élaborées et diffusées pour favoriser une organisation optimale de services en déficience du langage.

Perspectives

En 2013-2014, le réseau de la santé et des services sociaux s'engagera régionalement dans un nouveau chantier qui aura pour but d'améliorer l'accès et la continuité des services de réadaptation spécifiques et spécialisés pour les enfants de 0 à 5 ans.

Dans le domaine de la réadaptation, trois projets novateurs en organisation du travail seront en cours. Entre autres, la région du Bas-Saint-Laurent participe en tant que région pilote au projet national qui révise le processus d'évaluation et de traitement des demandes liées au programme d'adaptation du domicile. Le CRDP mettra en place un projet pilote visant à développer des mesures d'appoint pendant l'attente d'un premier service et des activités préparatoires aux interventions disciplinaires attendues auprès de la clientèle en déficience physique. Finalement, le CRDITED s'engage, quant à lui, à améliorer l'accès aux services professionnels par l'utilisation de la téléréadaptation.

3.3.4 LES SERVICES SPÉCIALISÉS POUR LES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les initiatives et les faits saillants

- Mise à jour de l'organisation des services multisectoriels pour les personnes jeunes et adultes ayant commis une infraction criminelle et présentant une problématique de santé mentale avec ou sans troubles concomitants – région du Bas-Saint-Laurent.

- Le 15 octobre 2012, le Forum régional de coordination des établissements de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent a pris connaissance des résultats de la première phase visant à documenter les réels besoins en matière de services résidentiels des adultes présentant des problématiques multiples avec un trouble de comportement. Lors de ce forum, les principes directeurs pour guider l'organisation des services s'adressant aux usagers correspondant aux profils de ces adultes ont été adoptés. Depuis, un comité interétablissements travaille à l'élaboration de cette organisation de services régionale. Les résultats sont attendus au printemps 2014.

Les principaux enjeux

- Maintenir les listes d'attente au deçà des seuils établis pour les services spécifiques (1re ligne) et spécialisés (2e ligne) afin d'assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès aux services en santé mentale selon les délais prescrits.
- Connaître et formaliser un corridor d'accès aux services surspécialisés (3e ligne) pour les clientèles jeunesse, adultes et aînés ainsi que celles aux prises avec des problématiques multiples avec troubles graves de comportement.

3.4 LA QUALITÉ DES SERVICES ET L'INNOVATION

3.4.1 L'IMPLANTATION DE STANDARDS CLINIQUES, LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES ET L'INNOVATION

VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES EN CHSLD

Trois installations CHSLD ont été visitées au cours de l'année :

- CSSS de Matane : Centre d'hébergement de Matane
- CSSS de La Mitis : mission CHSLD
- CSSS de La Matapédia : Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet

Les rapports de visite peuvent être consultés sur le site Internet de l'Agence à l'adresse suivante : www.agencebsl.gouv.qc.ca, dans la section Documentation – Rapports de visites ministérielles.

AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Deux établissements de la région ont été visités en 2012-2013. Il s'agit du CSSS de La Mitis et du CRDITED du Bas-Saint-Laurent. Ces établissements ont réalisé les actions nécessaires à la suite de leur plus récente visite d'agrément et maintiennent des activités d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services. Notons que la Loi établit maintenant à quatre ans la période de validité de l'agrément obtenu par un établissement de santé et de services sociaux. Au cours de la prochaine année, ce sont cinq établissements de la région qui doivent renouveler leur processus d'agrément.

CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS

Au 31 mars 2013, on dénombrait 164 résidences inscrites au registre des résidences privées pour aînés au Bas-Saint-Laurent. La majorité des résidences possédait un certificat de conformité, alors que d'autres étaient en processus de renouvellement, d'achat ou d'ouverture d'une résidence. Des visites d'inspection ont été réalisées dans une dizaine de résidences du territoire par un inspecteur du MSSS. Également, depuis mai 2012, l'Agence a procédé à l'embauche d'une ressource qui, en plus de détenir un mandat d'inspection dans les résidences, soutient les exploitants dans le processus de certification.

Des modifications au Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité, à l'origine prévues pour le 30 novembre 2012, ont été adoptées le 13 mars 2013. L'équipe de travail s'est donc affairée à s'approprier les nouvelles exigences réglementaires et les modifications qu'elles impliquent et a mis sur pied des séances d'information destinées aux exploitants sur le sujet.

3.4.2 LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

GESTION DES RISQUES

Toutes les mesures prévues dans le cadre du projet de loi n° 113 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux sont en vigueur dans chacun des établissements de la région.

Comme par les années passées, à la demande des établissements de la région, l'Agence a eu recours à l'expertise d'une ressource externe spécialisée dans le domaine afin de soutenir les établissements sur les aspects cliniques, juridiques et organisationnels de la gestion des risques. Cette ressource a été à la disposition des établissements de la région afin de répondre aux questions et conseiller les gestionnaires de risques des établissements.

Par ailleurs, dans le souci de maintenir le niveau d'expertise des gestionnaires de risques des établissements de la région, nous avons tenu une session de formation de deux jours sur les outils d'analyse en matière de gestion des risques. Ainsi, les responsables de la gestion des risques sont maintenant mieux

outillés pour documenter l'ensemble des données recueillies sur les événements indésirables et faire les recommandations aux instances concernées afin que des mesures de correction soient apportées, contribuant ainsi à une prestation plus sécuritaire des services.

La publication semestrielle du Rapport des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec nous permet d'avoir un portrait régional des événements qui ont eu lieu dans les établissements de la région. Pour l'année 2012-2013, ce sont 14 365 événements indésirables qui sont survenus dans les établissements de la région du Bas-Saint-Laurent. De ce nombre, 36 % concernaient les chutes alors que 28 % étaient dûs à des erreurs entourant la médication.

Ce nombre nous révèle la présence d'un processus de déclaration bien implanté dans les établissements. En effet, grâce aux déclarations des incidents et des accidents, l'établissement est en mesure de connaître les lacunes et d'apporter les correctifs qui s'imposent. La gestion des risques repose sur une culture qui interpelle toutes les composantes du réseau de la santé et des services sociaux, pour laquelle plusieurs mécanismes sont en place afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et de services.

SUIVI DES RECOMMANDATIONS DU CORONER

Le Bureau du coroner fait enquête afin de déterminer les causes et les circonstances entourant tous les cas de décès obscurs ou violents qui surviennent au Québec. Celui-ci formule par la suite des recommandations visant à éviter la récurrence de ce type d'événement.

Il arrive que le réseau de la santé et des services sociaux soit visé par les recommandations des coroners. Pour l'année 2012- 2013, nous avons reçu deux rapports de coroner. Un de ces rapports concernait le lieu sécuritaire pour le sommeil du bébé, et l'autre, la prévention du suicide chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale en milieu carcéral. Même si aucun de ces rapports ne visait directement l'Agence, nous nous sommes assurés que les recommandations des coroners ont été prises en considération par l'établissement concerné.

3.5 LA MISSION UNIVERSITAIRE MÉDICALE AU BAS-SAINT-LAURENT

CAMPUS CLINIQUE SATELLITE AU CSSS DE RIMOUSKI-NEIGETTE

Le projet visant l'implantation d'un campus clinique satellite au CSSS de Rimouski-Neigette a atteint un bon niveau de maturité. Il permet d'offrir aux étudiants de la Faculté de médecine de l'Université Laval l'occasion d'effectuer leur externat au Bas-Saint-Laurent. Pour l'année 2012-2013, ce campus clinique satellite a été en mesure d'accueillir 19 externes. Pour cette même année de référence, plus de 560 semaines de stages ont été ainsi dispensées.

Malgré une capacité d'accueil limitée en raison de contraintes liées à la disponibilité des médecins ou aux espaces physiques requis, le programme d'externat satisfait les attentes de l'Université Laval et répond ainsi à un haut standard de formation. Des travaux sont en cours afin de rendre des espaces supplémentaires disponibles dédiés à l'enseignement et d'accroitre le nombre de médecins participant à cet enseignement.

UNITÉS DE MÉDECINE FAMILIALE

La région du Bas-Saint-Laurent dispose de deux unités de médecine familiale (UMF), respectivement au CSSS de Rimouski-Neigette et au CSSS des Basques. Pour l'année 2012 2013, ces deux UMF ont reçu 31 résidents en médecine de famille, soit 16 sur le site du CSSS de Rimouski-Neigette et 15 sur celui du CSSS des Basques.

3.6 L'ATTRACTION, LA RÉTENTION ET LA CONTRIBUTION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES

LE DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

De manière à répondre aux nombreux enjeux de santé de la population du Bas-Saint-Laurent, l'Agence et le réseau de la santé et des services sociaux placent au cœur de leurs préoccupations une main-d'œuvre en santé, qualifiée et performante. Pour ce faire, une stratégie articulée autour des enjeux d'attraction, de rétention et de performance soutenue par des activités de concertation avec différents partenaires internes et externes est déployée.

ATTRACTION ET RÉTENTION

- **Le plan régional d'attraction et de rétention :** Le plan d'attraction et de rétention dans le cadre de la stratégie de la planification de la main-d'œuvre au Bas-Saint-Laurent a été mis à jour en novembre 2012. Il précise les actions à entreprendre, les responsabilités et les rôles nationaux, régionaux et locaux pour les priorités retenues. L'ensemble du plan tient compte à la fois des emplois considérés en pénurie, ceux jugés en vulnérabilité et d'autres pour lesquels le réseau doit poursuivre ses efforts d'attraction et de rétention.

- **Programme de bourses de recrutement :** Les travaux réalisés par le MSSS ont permis de lancer un programme de bourses d'études pour favoriser le recrutement et la rétention de certains professionnels de la santé dans notre région, considérant la grande difficulté d'attirer des ressources dans les spécialités suivantes : psychologie, ergothérapie, physiothérapie, audiologie et orthophonie, puisque ces disciplines ne sont pas offertes sur notre territoire. Ce levier a permis aux établissements de la région du Bas-Saint-Laurent de recruter quatre ressources spécialisées et prévoir l'arrivée de plusieurs finissants au cours des prochaines années en raison des modalités du programme.

- **Mentorat et externat :** Il s'agit d'un programme de soutien régional qui mise sur l'accompagnement des étudiants en soins infirmiers et des étudiants issus d'autres domaines cliniques, dont la physiothérapie et l'orthophonie. Ainsi, durant la période estivale, ces étudiants ont l'appui de professionnels œuvrant dans leur catégorie d'emploi afin de soutenir l'intégration des connaissances acquises en plus de l'intégration dans l'équipe immédiate et l'ensemble de l'établissement.

- **Service régional en promotion et prévention de la santé des travailleurs (SRPPST) :** Poursuite des interventions de l'équipe du service régional en soutien au réseau pour le programme PRATA+ (programme de retour au travail adapté) et pour les activités de prévention dans les établissements.

- **Préceptorat en soins infirmiers :** Dans le cadre du Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat, tous les CSSS de la région ont élaboré un programme de préceptorat (soutien clinique de 30 minutes par semaine) pour les infirmières et infirmières auxiliaires de moins de deux ans d'expérience, travaillant sur les quarts de travail de jour, de soir et de nuit. Ainsi, 46 % des employés admissibles ont reçu ce soutien. Ce programme est une mesure structurante pour relever le défi de la main-d'œuvre en soins infirmiers et celui-ci est soutenu par un cadre de référence du MSSS.

- **Entreprise en santé :** Le déploiement des activités prévues au plan de mise en œuvre de l'Agence s'est poursuivi au cours de l'année 2012-2013. Une visite de l'auditrice du Bureau de normalisation du Québec aura lieu les 27 et 28 mai prochain en vue d'obtenir la certification Entreprise en santé.

- Le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent est en démarche PSOI.

- Le CSSS de La Mitis est membre du Réseau Planetree Québec.

FORMATION

- **Formation pour le personnel syndiqué :** Pour le personnel syndiqué, comme chaque année, de nombreuses formations découlant du plan de formation national et régional ont été actualisées. À titre d'exemple, une formation en prévention et contrôle des infections de type « E-learning » a été déployée dans la région. Ainsi, plus de 2 770 personnes ont actuellement accès à ce contenu de formation. Une formation portant sur la collaboration interprofessionnelle a également été offerte à la fois à un groupe de 16 professionnels de l'Agence et à un second groupe de 16 personnes provenant du réseau.

- **Formation pour le personnel d'encadrement :** Pour le personnel d'encadrement, le programme court de 2e cycle de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) visant à former des praticiens de l'approche LEAN s'est finalisé, de même que la formation ACE de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) qui s'adressait majoritairement au personnel cadre nouvellement en fonction.

- **Projets d'organisation du travail :** Deux types de projets d'organisation du travail se sont poursuivis pour l'année 2012-2013, dont celui visant l'amélioration de l'exercice du personnel cadre pour les CSSS de Rimouski-Neigette et de Kamouraska et celui concernant le transfert interétablissements pour les CSSS de Rimouski-Neigette et de La Mitis.

  Deux autres types de projets ont quant à eux démarré, soit les projets de soutien au personnel de catégorie IV en réadaptation au CRDITED et au CSSS de La Mitis et en psychosocial au CSSS de Matane. Un projet en main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire est également offert au CSSS de Rivière-du-Loup.

3.7 LES SYSTÈMES D'INFORMATION EN APPUI À L'OFFRE DE SERVICE

3.7.1 L'ACCÈS, LA CIRCULATION ET L'INTÉGRATION DES INFORMATIONS CLINIQUES

En matière d'informatisation, l'année 2012-2013 aura été marquée, partout au Québec, par la mise en place du Cadre de gestion des ressources informationnelles (CGRI) découlant de l'adoption du projet de loi n° 133 sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, à laquelle toutes les instances gouvernementales sont maintenant assujetties. Pour l'Agence, ce cadre de gestion constitue le nouveau processus permettant d'actualiser le Plan stratégique régional des ressources informationnelles 2010-2015, adopté par le conseil d'administration en juin 2011.

Ainsi, à l'échelle de la région, les informations maintenant consignées dans les outils de gestion du CGRI montrent qu'il y avait un total de 60 projets en étude ou en réalisation au Bas-Saint-Laurent au cours de l'année 2012-2013. De ce nombre, 15 étaient en phase d'étude et 43 en mode réalisation. Cependant, on constate que la majorité des projets en réalisation a une portée locale. Plusieurs des projets régionaux sont inférieurs à 100 000 $ et constituent une mise en commun de petits projets des établissements. L'Agence intervient donc directement dans trois projets d'importance (Index régional, laboratoire régional, dictée numérique) et apporte une contribution à six projets à portée provinciale.

Parmi les projets en étude, il y a lieu de noter les travaux préparatoires pour la mise en place du projet de Dossier client informatisé (DCI) et du Dossier de santé du Québec (DSQ), ainsi que l'accompagnement des cabinets de médecins dans leur démarche de renouvellement de leur Dossier médical électronique (DMÉ).

Enfin, compte tenu de l'importance des efforts qui seront consacrés dans les prochaines années à l'informatisation, l'Agence a poursuivi son travail visant à structurer un bureau de projet en ressources informationnelles.

CHAPITRE

4

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

4.1 LE CONTRÔLE DE LA CONFORMITÉ

- L'Agence s'est assurée du respect du Cadre de référence du MSSS concernant la reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale du programme de soutien aux organismes communautaires en application, en fonction des validations effectuées sur le plan du contenu du rapport annuel d'activité, de la conformité des états financiers et des documents à transmettre à l'Agence, à savoir :
  - la preuve de la tenue de l'assemblée générale annuelle des membres et d'une séance publique d'information;
  - le rapport d'activité du dernier exercice financier complété et présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
  - le rapport financier du dernier exercice financier complété, signé par deux administrateurs et présenté à l'assemblée générale annuelle de l'organisme;
  - les priorités de l'année suivante;
  - les données informatives.
- Dans le contexte du Cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes communautaires : convention de soutien financier 2012-2015, il y a eu signature de la convention de soutien financier 2012-2015 (116 organismes).
- Intervention pour la non-conformité de certains rapports d'activité 2011-2012.
- Dix-huit organismes communautaires ont été informés que leurs états financiers présentaient un surplus accumulé non affecté dépassant le 25 % autorisé. Une planification budgétaire a été demandée concernant l'affectation de ces surplus.

Perspectives

- Développer des balises pour l'octroi de financement pour des projets spéciaux.

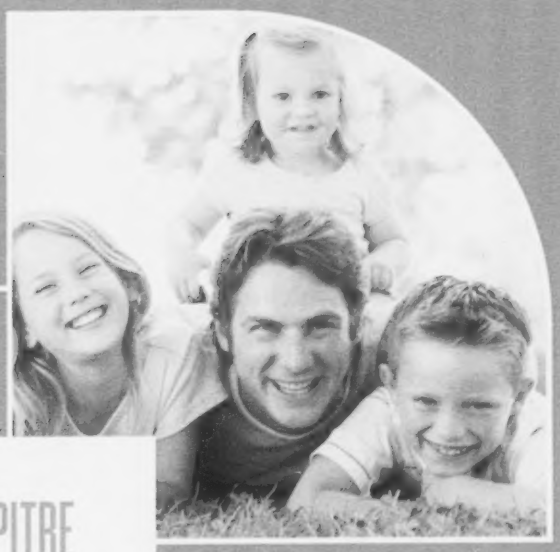
4.2 LE BILAN DES INTERVENTIONS RÉALISÉES

Faits saillants

- Distribution d'un budget de développement de 165 303 $ à 4 organismes communautaires œuvrant dans le programme santé mentale.
- Signature d'ententes de services pour le développement et la consolidation d'activités de répit sur tout le territoire pour la clientèle en déficience physique, déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement.
- Signature d'entente visant l'évaluation de la faisabilité et de l'efficience d'un regroupement régional pour la gestion du parc d'équipements de soutien à domicile.
- Reprise des travaux du comité de travail pour la révision du cadre de gestion.
- Signature d'ententes pour desservir la population du Témiscouata et assurer l'accessibilité à des activités de sécurité alimentaire et de dépannage alimentaire.
- Accueil d'un nouvel organisme à la suite de l'opération de transfert des organismes de défense des droits en santé mentale.
- Fermeture d'un dossier d'organisme communautaire qui a cessé ses opérations.
- Dépôt de projets pour les organismes sans but lucratif dans le cadre de l'entente 2014-2016 sur le soutien communautaire en logement social.

Perspectives

- Finaliser le cadre de gestion.
- Mettre en place une structure de communication régulière MAC-Agence.



CHAPITRE 5

DONNÉES FINANCIÈRES 2012-2013

5.1 LES RÉSULTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RAPPORT DE LA DIRECTION SUR LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

Les états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées respectant les normes comptables canadiennes pour le secteur public, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a à approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le Comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers, et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le vérificateur externe a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues au Canada, et son rapport des vérificateurs expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le vérificateur externe peut, sans aucune restriction, rencontrer le Comité de vérification pour discuter de tout élément concernant la vérification.

La présidente-directrice générale,

Isabelle Malo

La directrice des ressources financières et matérielles,

France Proulx, CPA, CA

MALLETTE

Mallette s.e.n.c.s.r.l.

12-1364 boulevard Jacques-Cartier
Mont-Joli QC G5H 2Y8
Téléphone : 418 775-7294
Télécopie : 418 775-8601
Courriel : info.mj@mallette.qc

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'**Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent** pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sans réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2013. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes du secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités l'**Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent**.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'**Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent** pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2011-027 (03.01-61.26) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités, donnent, dans tous les aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'**Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent** au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS (suite)

Autre point

Le 1er avril 2012 une nouvelle norme de comptabilisation des paiements de transfert est entrée en vigueur (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public). Une discussion quant à l'interprétation de cette norme est présentement en cours entre différentes instances. Le Ministère de la santé et des services sociaux est d'avis que l'application de cette norme n'entraine aucun impact pour les établissements du secteur de la santé. Le présent rapport annuel a donc été établi en ce sens. La profession ne s'étant pas encore positionner quant à l'interprétation de ce chapitre, il est présentement impossible d'évaluer les modifications qui pourraient survenir. Toute modification, s'il y a lieu, sera comptabilisée dans l'exercice alors en cours.

À notre avis, les états financiers ci-joints résument adéquatement les renseignements contenus dans le rapport financier annuel (AS-475) de l'**Agence de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent** pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Ni ces états financiers, ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.

Mallette S.E.N.C.R.L.

Mont-Joli, Canada
Le 3 septembre 2013

[1] CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique A 104996

MALLETTE

ÉTATS DES RÉSULTATS DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET D'IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation — **Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ**

RÉSULTATS		Activités principales		Activités accessoires	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
REVENUS					
Subventions MSSS : Budget signifié	01	6 504 671	6 585 605	64 859	25 875
(Diminution) ou augmentation du financement	02	175 000	19 034		
Variation des revenus reportés - MSSS	03	20 000	(20 000)	(84 782)	(1 265)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	04	1 988	1 332		
Total (L. 01 à L. 04)	05	**6 701 659**	**6 585 971**	**(19 923)**	**24 610**
Revenus de placements	06	8 443	17 054	26 523	23 306
Revenus commerciaux	07				
Revenus d'autres sources : Ventes de services et recouvrements	08	95 662	119 869	87 410	134 870
Subventions du gouvernement du Canada	09				
Autres revenus	10	160 741	220 632	177 249	112 673
Total des revenus (L. 05 à L. 10)	11	**6 966 505**	**6 943 526**	**271 259**	**295 459**
CHARGES					
Salaires	12	4 078 381	3 870 085	12 294	19 959
Avantages sociaux	13	898 051	845 506	1 514	2 088
Charges sociales	14	573 522	538 232	1 935	2 916
Frais de déplacement et de représentation, et dépenses du conseil d'administration (activités principales)	15	131 598	118 948		
Services achetés	16	280 737	574 202	217 203	239 129
Publicité et communication	17	146 563	157 079		1 184
Loyers	18	497 111	486 195		
Location d'équipement	19	949	1 051		
Fournitures de bureau	20	61 015	80 309	8 528	6 404
Dépenses de transfert	21				
Entretien et réparations	22	51 228			
Frais financiers	23				
Créances douteuses	24				
Autres charges	25	79 892	164 865	956	473
Charges extraordinaires	26				
Total des charges (L.12 à L.26)	27	**6 799 047**	**6 836 472**	**242 430**	**272 153**
SURPLUS (DÉFICIT) (L. 11 - L. 27)	28	167 458	107 054	28 829	23 306
Renseignement à titre informatif seulement Contributions de l'avoir propre (+)	29				
Transferts interfonds - En provenance de fonds affectés (+)	30				
du Fonds des activités régionalisées (+)	31				
du Fonds de stationnement (+)	32				
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'immobilisations (-)	33				
au Fonds de stationnement (c/a 8610) (-)	34	(141 190)	(62 772)	(2 306)	
à d'autres fonds (-)	35		(1 832)		
Surplus (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L. 26 à L. 33)	36	**26 268**	**42 450**	**26 523**	**23 306**

Fonds des activités régionalisées — Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	3 257 960	2 800 084
Variation des revenus reportés - MSSS	02		26 797
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03		
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05	208 175	122 882
Revenus de placements	06	2 773	5 677
Revenus d'autres sources :			
Ventes de services et recouvrements	07	1 143 152	770 580
Subventions du gouvernement du Canada	08		
Autres revenus	09	922 485	395 268
Total des revenus (L. 01 à L. 09)	10	5 534 545	4 121 288
CHARGES			
Salaires	11	1 883 545	1 586 817
Avantages sociaux	12	355 548	351 239
Charges sociales - Fonds des Services de santé (FSS)	13	95 550	82 766
Charges sociales - Autres	14	199 165	182 635
Frais de déplacement et de représentation	15	66 405	63 376
Services achetés	16	1 872 013	1 363 054
Publicité et communication	17	46 883	48 685
Loyers	18	181 321	186 224
Dépenses de transfert	19		
Fournitures de bureau	20	11 035	24 541
Entretien et réparations	21	4 391	
Créances douteuses	22		
Autres charges	23	835 590	11 182
Total des charges (L. 11 à L. 23)	24	**5 551 446**	**3 900 519**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L. 10 - L. 24)	25	**(16 901)**	**220 769**
Renseignement à titre informatif seulement Contributions de l'avoir-propre (+)	26		
Transferts interfonds - En provenance du Fonds d'exploitation (+)	27		1 832
du Fonds des activités régionalisées (+)	28		
de fonds affectés (+)	29	30 784	71 494
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'exploitation (-)	30		
au Fonds des activités régionalisées (-)	31		
à des fonds affectés (-)	32		
au Fonds d'immobilisations (-)	33	(229 923)	(8 215)
Autres tranferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir-propre et transferts interfonds (L. 25 à L. 34)	35	**(216 040)**	**285 880**

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la santé et des services sociaux :			
Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	842 506	1 063 090
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	02	1 583 047	1 776 131
Autres subventions	03		
Revenus de placements	04	20 082	
Gain sur disposition d'immobilisations	05		
Amortissement des revenus reportés :			
Subventions du gouvernement du Canada	06		
Autres contributions et dons	07		
Autres revenus	08		
Total des revenus (L. 01 à L. 08)	09	**2 445 635**	**2 839 221**
CHARGES			
Frais financiers :			
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	10	1 609 167	1 778 522
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12		
Dépenses d'immobilisations non capitalisables			58 000
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13		
Services achetés	14		
Entretien et maintien des actifs	15	34 444	32 532
Autres charges non capitalisables	16		
Amortissement des immobilisations	17	840 657	977 029
Perte sur disposition d'immobilisations	18		
Total des charges (L. 10 à L. 18)	19	**2 484 268**	**2 846 083**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L. 08 - L. 16)	20	**(38 633)**	**(6 862)**
Remaniement à titre informatif seulement :			
Contributions			
Contributions en provenance du :			
Fonds d'exploitation (+)	21	141 190	62 772
Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires (+)	22	2 306	
Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales (+)	23		
Fonds des activités régionalisées (+)	24	229 923	8 215
De fonds affectés (+)	25	1 203	1 152
Fonds de stationnement (+)	26		
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	27		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L. 17 à L. 24)	28	**335 989**	**65 277**

ÉTATS DES SOLDES DE FONDS DES FONDS D'EXPLOITATION, D'IMMOBILISATIONS ET DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

SOLDE DE FONDS		Activités principales 1	Avoir propre 2	Total (C.1 + C.2) 3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	107 054	2 023 840	2 130 894
Additions (déductions)				
ACTIVITÉS PRINCIPALES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	02	167 458		167 458
Transferts interfonds (provenance) : Contributions des fonds affectés (+)	03			
Contributions du Fonds des activités régionalisées (+)	04			
Contributions du Fonds de stationnement (+)	05			
Transferts interfonds (affectations) : Contributions au Fonds d'immobilisations (-)	06		(141 190)	(141 190)
Contributions à d'autres fonds (-)	07			
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :				
Excédent (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre) :	08		28 829	28 829
Transferts interfonds (provenance) : Contributions du Fonds de stationnement (+)	09			
Transferts interfonds (affectations) : Contributions au Fonds d'immobilisations (-)	10		(2 306)	(2 306)
Contributions au Fonds de stationnement (c-a 8610) (-)	11			
Contributions à d'autres fonds (-)	12			
AUTRES ÉLÉMENTS :				
Libération de surplus	13	(107 054)	107 054	
Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14			
Autres	15			
Variation de l'exercice (L. 02 à L. 15)	16	**60 404**	**(7 613)**	**52 791**
Redressements demandés par le MSSS	17			
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L. 01 +L. 16 + L. 17)	18	**167 458**	**2 016 227**	**2 183 685**

Fonds d'immobilisations
Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

SOLDE DE FONDS

		Fonds d'immobilisations 1	Fonds des activités régionalisées 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	65 277	1 407 229
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(38 633)	(16 901)
Transferts interfonds (provenance) :			
Contributions du Fonds d'exploitation (+)	03	143 496	
Contributions des activités régionalisées (+)	04	229 923	
Contributions de fonds affectés (+)	05	1 203	30 784
Transferts interfonds (affectations) :			
Contributions au Fonds d'exploitation (-)	06		
Contributions au Fonds des activités régionalisées (-)	07		
Contributions à des fonds affectés (-)	08		(229 923)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	09		
Autres transferts interfonds	10		
Contribution de l'avoir propre aux autres fonds	11		
Autres additions (déductions)	12		
Variation de l'exercice (L. 02 à L. 12)	13	**335 989**	**(216 040)**
Redressements demandés par le MSSS	14		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L. 01 + L. 13 + L. 14)	15	**401 266**	**1 191 189**

BILAN DES FONDS D'EXPLOITATION, DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES ET DES IMMOBILISATIONS

Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

BILAN

		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	2 744 160	2 819 515	992 479	1 528 475
Placements temporaires	02				
Débiteurs :					
MSSS	03	193 660	40 710	719 009	80 427
FINESSS	04				
Établissements publics	05	16 583	440	180 958	76 403
Gouvernement du Canada	06				
Créances interfonds	07				
Autres débiteurs	08	136 942	185 439	35 549	119 658
Frais payés d'avance	09			510	510
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	758 555	758 051	109 750	136 917
Autres éléments d'actif	12				
TOTAL DE L'ACTIF (L. 01 À L. 12)	13	**3 849 900**	**3 804 155**	**2 038 255**	**1 942 390**
PASSIF					
Découvert bancaire	14			333 952	57 664
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
MSSS	17				
Établissements publics	18	65 978	74 147	27 655	4 406
Dettes interfonds	19				
Salaires courus à payer	20	195 751	169 372	158 681	153 841
Fonds des Services de santé (FSS) à payer	21	18 334	29 382		
Autres créditeurs et charges à payer	22	278 865	380 061	128 627	93 680
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	886 235	861 602	198 151	223 320
Revenus reportés - gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés	25	221 052	158 697		2 250
Dettes à long terme	26				
Autres éléments de passif	27				
TOTAL DU PASSIF (L. 14 À L. 27)	28	**1 666 215**	**1 673 261**	**847 066**	**535 161**
SOLDE DE FONDS	29	2 183 685	2 130 894	1 191 189	1 407 229
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L. 28 + L. 29)	30	**3 849 900**	**3 804 155**	**2 038 255**	**1 942 390**

Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	136 504	
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux établissements publics	03	13 012 659	10 626 566
Débiteurs :			
MSSS	04		
Gouvernement du Canada	05		
Autres débiteurs	06	173 408	903 307
Frais payés d'avance	07		
À long terme			
Immobilisations	08		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	09	2 005 549	2 223 174
Frais reportés liés aux dettes	10	29 890 099	33 395 124
Autres éléments d'actifs	11		
Total de l'actif (L. 01 à L. 10)	12	**45 218 219**	**47 148 171**
PASSIF			
À court terme			
Découverts de banque	13		649 941
Emprunts temporaires	14	13 170 285	10 837 327
Intérêts courus à payer	15	227 791	253 354
Salaires courus à payer	16		12 222
Fonds des services de santé (FSS) à payer	17		
Provision pour vacances et congés de maladie	18		
Avances de fonds en provenance d'une agence	19		
Autres éléments	20		
À long terme			
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	21		
Autres revenus reportés	22	144 083	74 165
Passifs environnementaux	23		
Dettes à long terme	24	31 272 216	35 254 739
Autres éléments de passif	25	2 578	1 146
TOTAL DU PASSIF (L. 12 À L. 23)	26	**44 816 953**	**47 082 894**
SOLDE DE FONDS	27	401 266	65 277
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L. 24 + L. 25)	28	**45 218 219**	**47 148 171**

ÉTAT DES RÉSULTATS ET BILAN COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ**

RÉSULTATS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	21 360 678	20 412 372
Crédits régionaux	02	30 000	69 548
Variation des revenus reportés - MSSS	03		
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		
FINESSS	05	3 138 432	2 938 495
Revenus de placements	06	44 961	45 308
Revenus d'autres sources :			
Subventions du gouvernement du Canada	07		
Autres revenus	08	3 600 590	3 592 484
Total des revenus (L. 01 à L. 08)	09	**28 174 661**	**27 058 207**
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	28 044 122	26 753 577
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation :			
Salaires	13	39 616	60 358
Avantages sociaux	14		
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	15		
Charges sociales - Autres	16		
Frais de déplacement et de représentation	17		
Services achetés	18		
Location d'équipement	19		
Fournitures de bureau	20		
Autres charges	21	130 067	157 239
Total des charges (L. 10 à L. 21)	22	**28 213 805**	**26 971 174**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L. 09 - L. 22)	23	**(39 144)**	**87 033**

Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

BILAN

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
À court terme			
Encaisse	01	1 534 864	1 829 532
Placements temporaires	02		
Débiteurs :			
MSSS	03	565 687	373 515
FINESSS	04		
Établissements publics	05		31
Gouvernement du Canada	06		
Créances interfonds	07		
Autres débiteurs	08	97 031	46 637
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	4 741	6 744
Placement de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L. 01 À L. 12)	13	**2 202 323**	**2 256 459**
PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires	15		
Créditeurs et autres charges à payer :			
Établissements publics	17	17 624	20 090
Organismes	18		
Dettes interfonds	19		
Salaires courus à payer	20	34 447	5 760
Fonds des Services de santé (FSS) à payer	21		
Autres créditeurs et charges à payer	22	824 681	832 826
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	1 873	5 659
Revenus reportés - MSSS	24		
Revenus reportés - gouvernement du Canada	25		
Autres revenus reportés	26		
Autres éléments de passif	27	2 705	
TOTAL DU PASSIF (L. 14 À L. 27)	28	**881 330**	**864 335**
SOLDE DE FONDS	29	1 320 993	1 392 124
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L. 28 + L. 29)	30	**2 202 323**	**2 256 459**

ÉTAT DU SOLDE DE FONDS COMBINÉ DES FONDS AFFECTÉS

Fonds affectés cumulés — **Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ**

SOLDE DE FONDS

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 392 124	1 381 828
Additions (déductions)			
Excédent (Déficit) de l'exercice	02	(39 144)	87 033
Transferts interfonds - En provenance du Fonds d'exploitation (+)	03		
du Fonds des activités régionalisées (+)	04		
de fonds affectés (préciser) (+)	05		
Transferts interfonds - Affectations au Fonds d'exploitation (-)	06		
au Fonds des activités régionalisées (-)	07	(30 784)	(71 494)
à d'autres fonds affectés	08		
au Fonds d'immobilisations (-)	09	(1 203)	(1 152)
Autres transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11		(4 091)
Variation de l'exercice (L. 02 à L. 11)	12	**(71 131)**	**10 296**
Redressements	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L. 01 + L. 12 + L. 13)	14	**1 320 993**	**1 392 124**

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS 2012-2013

Exercice terminé le 31 mars 2013 - AUDITÉ

		Montant
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2012-2013 inscrit dans le système SBF-R	01	559 849 575
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	02	509 650 545
Allocations aux organismes communautaires	03	17 700 245
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	987 132
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	528 337 922
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	27 526 693
Autres - Programme d'externat en soins infirmiers	07	16 200
TOTAL (L. 05 À L. 07)	08	555 880 815
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L. 01 - L. 08)	09	760
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	10	3 260 462
Comptes à payer non signifiés	11	
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	12	123 204
Comptes à payer non signifiés	13	242 508
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L. 10 à L. 13)	14	3 626 174
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	191 086
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L. 09 - L. 14 - L. 15)	16	151 500

NOTES COMPLÉMENTAIRES AUX ÉTATS FINANCIERS CUMULÉS PARTIE 1 – AUDITÉE

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence est constituée en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (chapitre 5-4.2). Elle a pour mandat de veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du Bas-Saint-Laurent et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en collaboration avec les établissements, les organismes communautaires et les professionnels qui les dispensent.

Le siège social de l'Agence est situé à Rimouski. Un point de service est situé à Rivière-du-Loup.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée pas le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes

reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Modèle de présentation

Le rapport financier annuel est préparé conformément aux Normes canadiennes pour le secteur public, conséquemment, l'Agence présente, par voie de notes, les informations financières requises relativement à la variation des actifs financiers nets (dette nette) à son rapport financier annuel.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	(3 479 462) $
Subventions - Gouvernement du Québec	2 425 553 $
Surplus (déficits) de l'exercice	(1 053 909) $

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la raisonnabilité de l'Agence, ou pouvant de façon

probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'elle en est informée.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle des résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Agence comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec, ce dernier ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours de l'exercice 2012-2013.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaisse lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Les frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la norme comptable de l'ICCA pour le secteur public SP 3450 Instruments financiers. Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendrent des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente.

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par la LSSSS en ce sens.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le Fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le Fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au Fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du Fonds d'immobilisations.
- Le Fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les Fonds affectés : fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le Fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.
- Le Fonds de stationnement (s'il y a lieu) : fonds comprenant les revenus nets de stationnement.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du Fonds d'exploitation, du Fonds des activités régionalisées et du Fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires
Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activité

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du Fonds d'exploitation et du Fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activité. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du Fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du Ministère.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 - MODIFICATIONS COMPTABLES

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants :

	2013	2012
Subvention à recevoir - MSSS	21 875 $	21 875 $
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	21 875 $	21 875 $
Charges - avantages sociaux	1 988 $	1 332 $
Subvention - MSSS	1 988 $	1 332 $

Subventions (transferts) gouvernementales

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transferts (chapitre SP 3410 du Manuel de l'ICCA pour le secteur public).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont rencontrées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique à l'égard de la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulations à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

NOTE 4 - PRÉSENTATION DES DONNÉES BUDGÉTAIRES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) l'Agence a produit pour le présent exercice des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du Fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également celles des activités accessoires du Fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectés.

Les prévisions budgétaires des activités principales du Fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

		Réel 1	Budget 2
PRODUITS			
Subventions du MSSS			
Budget signifié	01	6 504 671 $	6 408 403 $
(Diminution) ou augmentation du financement	02	175 000 $	98 486 $
Variation des revenus reportés - MSSS	03	20 000 $	- $
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	04	1 988 $	- $
Total subvention du MSSS (L.01 à L.04)	05	6 701 659 $	6 506 889 $
Revenus d'intérêts	06	8 443 $	10 000 $
Revenus d'autres sources			
Recouvrements	07	95 662 $	57 500 $
Ventes de services	08	- $	- $
Subventions du gouvernement fédéral	09	- $	- $
Autres subventions (C.02: préciser)	10	- $	64 538 $
Autres revenus (C.02: préciser)	11	160 741 $	158 987 $
Total des produits (L.05 à L.11)	12	6 966 505 $	6 797 914 $
CHARGES D'EXPLOITATION			
Salaires	13	4 078 381 $	4 036 417 $
Avantages sociaux	14	898 051 $	881 682 $
Charges sociales	15	573 522 $	548 372 $
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C.A.	16	131 598 $	128 610 $
Services achetés	17	280 737 $	336 200 $
Communications	18	146 563 $	151 000 $
Loyer	19	497 111 $	489 000 $
Location d'équipement	20	949 $	1 000 $
Fournitures de bureau	21	61 015 $	75 000 $
Transfert à des établissements	22	57 615 $	- $
Autres frais	23	73 505 $	59 000 $
Charges non réparties	24	- $	83 987 $
Transfert de frais généraux	25	- $	- $
Total des charges d'exploitation et non réparties (L.13 à L.25)	26	6 799 047 $	6 790 268 $
EXCÉDENT (DÉFICIT) (L.12 - I.26)	27	167 458 $	7 646 $

NOTE 5 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2013, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 91 157 902 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt aux taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, soit 1,50 % garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 77 987 617 $ du crédit autorisé n'est pas utilisé au 31 mars 2012. La convention de crédit est renégociable le 30 décembre 2013.

NOTE 6 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées et est payable à Financement Québec.

	2013	2012
Marge de crédit d'un montant autorisé de 56 013 164 $, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % et venant à échéance le 23 décembre 2013	127 012 $	758 946 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2033. L'intérêt variant entre 3,42 % et 8,24 % est payable semestriellement	31 145 204 $	34 495 793 $
	31 272 216 $	**35 254 739 $**
Tranche échéant à moins d'un an	15 576 956 $	4 029 007 $
	15 695 260 $	**31 225 732 $**

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

2014	15 576 956 $
2015	2 762 456 $
2016	2 868 159 $
2017	5 688 328 $
2018	2 071 990 $
	28 967 889 $

NOTE 7 – OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 30 avril 2016 pour des locaux administratifs et des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de dix ans.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2013 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 678 432 $.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2014	592 859 $
2015	167 630 $
2016	97 207 $
	857 696 $

NOTE 8 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 – ÉVENTUALITÉS

L'Agence fait l'objet de deux (2) poursuites pour un montant d'environ 7 336 168 $ pour des réclamations de dommages et intérêts. La première poursuite au montant de 6,2 M$ est couverte par les assurances. La deuxième poursuite d'un montant de 1 121 168 $ est un dossier relevant de la responsabilité des établissements.

La direction est d'avis que ces poursuites sont non fondées et, par conséquent, aucune provision n'a été comptabilisée aux livres à cet égard.

NOTE 10 – CHIFFRES DE L'EXERCICE PRÉCÉDENT

Certaines données correspondantes fournies pour l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

5.2 LES ALLOCATIONS DES RESSOURCES FINANCIÈRES AUX ÉTABLISSEMENTS

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2011-2012	2012-2013
CSSS de Kamouraska	37 590 058 $	38 205 722 $
CSSS de Rivière-du-Loup	83 527 476 $	87 417 460 $
CSSS de Témiscouata	31 547 041 $	33 195 904 $
CSSS des Basques	13 677 921 $	13 657 580 $
CSSS de Rimouski-Neigette	152 703 776 $	160 781 563 $
CSSS de La Mitis	40 063 722 $	41 165 160 $
CSSS de La Matapédia	34 910 551 $	33 954 688 $
CSSS de Matane	41 331 464 $	42 560 223 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	27 847 376 $	29 760 986 $
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	27 560 822 $	28 951 259 $
TOTAL	**490 760 207 $**	**509 650 545 $**

SURPLUS OU DÉFICITS D'EXPLOITATION DE L'ANNÉE DE CHACUN DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SUR UNE BASE COMPARATIVE AVEC L'EXERCICE FINANCIER PRÉCÉDENT

Établissements publics	2011-2012	2012-2013
CSSS de Kamouraska	8 379 $	262 205 $
CSSS de Rivière-du-Loup	30 697 $	374 561 $
CSSS de Témiscouata	304 668 $	301 265 $
CSSS des Basques	442 638 $	1 062 525 $
CSSS de Rimouski-Neigette	2 585 $	(508 424) $
CSSS de La Mitis	500 561 $	382 004 $
CSSS de La Matapédia	66 870 $	726 982 $
CSSS de Matane	929 900 $	477 683 $
Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent	369 965 $	282 041 $
CRDITED du Bas-Saint-Laurent	270 934 $	297 016 $
TOTAL	**2 927 197 $**	**3 657 858 $**

OBJECTIFS DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Depuis plusieurs années, l'Agence et les établissements de la région se sont entendus pour faire en sorte que ces derniers présentent une situation financière en équilibre à la fin de chaque année. Comme par le passé, l'atteinte de cet objectif a nécessité un suivi serré de la situation financière par chacun des établissements de même que, dans certains cas, un support et un accompagnement personnalisés offerts par l'Agence. Au total, neuf des dix établissements de la région ont atteint l'équilibre budgétaire pour l'exercice financier 2012-2013. Le résultat d'exploitation régional s'établit à 3 657 858 $.

5.3 LES ALLOCATIONS FINANCIÈRES VERSÉES AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES – ENVELOPPE RÉGIONALE DE CRÉDITS

ORGANISMES DE PROMOTION ET DE SERVICES

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DE KAMOURASKA		
Unité Domrémy de Ville Saint-Pascal inc.	5 520 $	- $
Carrefour des jeunes de La Pocatière	84 260 $	86 282 $
L'Association des personnes handicapées du Kamouraska Est inc.	43 204 $	44 241 $
Quartier-jeunesse 1995	84 259 $	86 281 $
La Montée, Centre prévention et traitement des dépendances	336 917 $	229 982 $
Association pocatoise des personnes handicapées inc.	43 204 $	44 241 $
Maison de la famille du Kamouraska	13 748 $	14 078 $
Centre d'action bénévole Cormoran inc.	146 908 $	150 433 $
Services Kam-Aide inc.	180 738 $	169 734 $
Association Kamouraskoise en santé mentale La Traversée	107 895 $	112 458 $
Tandem-Jeunesse	289 390 $	281 538 $
Arc-en-ciel du cœur	34 273 $	32 536 $
Moisson Kamouraska	78 965 $	62 057 $
Centre-Femmes, La Passerelle du Kamouraska	194 192 $	184 803 $
TOTAL - KAMOURASKA	**1 643 473 $**	**1 498 664 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DE RIVIÈRE-DU-LOUP		
Centre-femmes du Grand-Portage	196 599 $	184 804 $
Les Grands Amis du KRTB	31 773 $	32 536 $
Carrefour d'initiatives populaires de RDL	68 574 $	68 928 $
La Corporation de l'Entre-jeunes de Rivière-du-Loup	107 185 $	80 012 $
Justice alternative du KRTB inc.	174 688 $	178 880 $
La Maison des jeunes de Saint-Épiphane	69 750 $	71 424 $
Association des stomisés du Grand-Portage	10 591 $	10 000 $
Trajectoires hommes du KRTB	181 298 $	185 649 $
Association Multi-défis	61 899 $	63 385 $
Centre d'action bénévole des Seigneuries inc.	361 815 $	347 261 $
Comité d'accompagnement La Source inc.	31 773 $	32 536 $
Ass. québécoise de la dysphasie, région Bas-St-Laurent	35 127 $	35 970 $
Centre prévention suicide du KRTB	170 281 $	168 880 $
ROCASM du Bas du Fleuve	13 622 $	13 949 $
Centre d'entraide l'horizon de Rivière-du-Loup	119 862 $	122 739 $
La Maison d'hébergement La Bouffée d'air du KRTB	375 668 $	383 738 $
Centre-jeunes de Cacouna	38 369 $	39 290 $
Corporation du comité jeunesse 1997	37 855 $	38 764 $
Centre vacances et apprentissage Loisirs de Saint-Cyprien	15 000 $	15 000 $
Les Diabétiques amis du KRTB	34 000 $	34 816 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel du KRTB	127 711 $	125 210 $
Fond. Maison Desjardins KRTB	- $	360 000 $
TOTAL - RIVIÈRE-DU-LOUP	**2 263 440 $**	**2 593 771 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DE TÉMISCOUATA		
Association de personnes handicapées Entre-Amis du Témiscouata	60 991 $	62 455 $
Centre de femmes du Témiscouata	180 474 $	184 805 $
Unité Domrémy de Rivière-Bleue inc.	2 760 $	- $
Le Centre de femmes du Ô-Pays	180 475 $	184 806 $
L'Autre-Toit du KRTB	632 107 $	640 272 $
Maison des jeunes « le coin de Dégelis »	60 936 $	62 398 $
Centre d'action bénévole région Témis inc.	371 061 $	362 097 $
Maison de la famille du Témiscouata	13 518 $	14 592 $
Source d'espoir Témis inc.	112 199 $	114 892 $
Place des jeunes de Squatec	41 892 $	42 897 $
Cuisines collectives de Dégelis	51 760 $	30 502 $
Maison des jeunes Pirana	36 268 $	37 138 $
Maison Entre-Deux de Cabano	36 268 $	37 138 $
Cuisines collectives du Haut-Pays	36 542 $	31 814 $
Service de dépannage alimentaire du Témiscouata	15 439 $	2 915 $
Cuisines collectives de Cabano	25 107 $	27 406 $
Maison des jeunes « La Piôle »	24 776 $	25 371 $
TOTAL - TÉMISCOUATA	**1 882 573 $**	**1 861 498 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DES BASQUES		
Association de personnes handicapées l'Éveil des Basques inc.	62 733 $	64 239 $
Centre-femmes Catherine Leblond inc.	186 015 $	185 286 $
Corporation de la maison des jeunes de Trois-Pistoles	91 780 $	84 718 $
Centre d'action bénévole des Basques inc.	111 302 $	113 973 $
Périscope des Basques	81 688 $	83 649 $
Logis-Aide des Basques	91 660 $	94 553 $
Ressources familles des Basques	5 303 $	3 338 $
Cuisine collective des Basques	26 491 $	27 090 $
TOTAL - LES BASQUES	**656 972 $**	**656 846 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DE RIMOUSKI-NEIGETTE		
Loisirs de jeunesse de Rimouski inc.	347 098 $	355 428 $
Centre femmes de Rimouski	184 947 $	184 906 $
Les Grands Amis de Rimouski	41 142 $	42 129 $
Association de la déficience intellectuelle (Région de Rimouski)	32 273 $	32 536 $
Maison des jeunes de Rimouski	106 661 $	109 221 $
Centre d'action bénévole région de Rimouski	201 212 $	213 041 $
La Débrouille	689 493 $	706 041 $
Popote le gourmet roulant inc.	13 578 $	13 904 $
Fonds jeunesse BBR inc.	197 658 $	202 402 $
La Maison des jeunes du Bic	78 137 $	80 012 $
Regroupement des dynamiques de Rimouski	23 000 $	23 552 $
Association canadienne pour la santé mentale, filiale du Bas-du-Fleuve	242 086 $	201 212 $
Le Répit du passant	276 120 $	282 747 $
Association du cancer de l'Est du Québec	197 129 $	395 524 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Rimouski	259 306 $	261 869 $
Association des personnes handicapées visuelles du Bas-Saint-Laurent	102 812 $	105 279 $
Contre toute agression conjugale (C-TA-C)	191 298 $	185 649 $
Service alternatif d'intégration et de maintien en emploi	66 386 $	49 819 $
La Maison des jeunes de Pointe-au-Père	45 382 $	46 471 $
Coup de main à domicile de Rimouski	261 017 $	240 538 $
Maison des familles de Rimouski-Neigette	11 234 $	13 130 $
Moisson Rimouski-Neigette inc.	82 373 $	65 223 $
Arrimage, Centre de réhabilitation alcoolisme et toxicomanie	318 228 $	309 610 $
Association des personnes ACVA-TCC du BSL	112 339 $	115 035 $
Mouvement action communautaire Bas-Saint-Laurent	107 928 $	110 518 $
Centre de prévention suicide et intervention de crise du BSL	883 276 $	891 691 $
PLAIDD du Bas-du-Fleuve	92 053 $	85 873 $
La Lueur de l'Espoir du Bas-Saint-Laurent inc.	205 409 $	198 840 $
M.A.I.N.S. Bas-Saint-Laurent	156 593 $	93 791 $
Pro-Jeune-Est Rimouski-Neigette	62 798 $	64 305 $
Diabète Bas-Saint-Laurent inc.	40 874 $	41 855 $
Ressource d'aide aux personnes handicapées du Bas-Saint-Laurent-Gaspésie	35 934 $	36 556 $
Aux Trois Mâts	61 200 $	94 829 $
Centre périnatal Entre Deux Vagues	203 105 $	207 980 $
Centre polyvalent des aînés et aînées de Rimouski-Neigette	21 182 $	21 690 $
Association autisme et autres TED Est-du-Québec	95 260 $	97 546 $
Association de fibromyalgie BSL	15 445 $	15 816 $
A.Q.E.P.A. BSL	12 370 $	12 667 $
ASPEQ (Ass. soins pall. Est Qc)	- $	430 000 $
TOTAL - RIMOUSKI-NEIGETTE	**6 074 336 $**	**6 639 235 $**

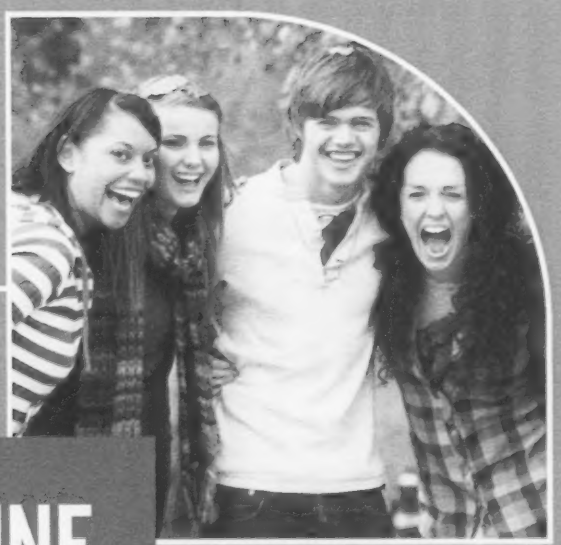
ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DE LA MITIS		
Centre d'action bénévole de La Mitis	168 283 $	172 677 $
Le Groupe de personnes handicapées Les Alcyons inc.	59 061 $	60 478 $
La Maison des jeunes de Mont-Joli inc.	190 888 $	186 204 $
Unité Domrémy de Mont-Joli	75 292 $	73 813 $
Les Bourgeons de La Mitis	176 484 $	174 640 $
Unité Domrémy de Saint-Gabriel - Relais communautaire	6 134 $	- $
La Maison des tournesols	117 137 $	119 949 $
La Maison de l'Espoir de Mont-Joli inc.	280 557 $	283 430 $
Pivot-Famille Mitis	13 200 $	13 517 $
Centre femme de La Mitis	181 562 $	184 803 $
Répit-Loisirs Autonomie	30 565 $	56 462 $
Société canadienne de la sclérose en plaques	18 000 $	18 432 $
Société Parkinson BSL	10 445 $	10 500 $
TOTAL - LA MITIS	**1 327 608 $**	**1 354 905 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DE LA MATAPÉDIA		
Les Amirams de la Vallée inc.	59 596 $	61 026 $
Centre d'action bénévole de la Vallée de La Matapédia	128 014 $	131 087 $
La Jeunathèque d'Amqui inc.	100 838 $	103 258 $
La Maison des jeunes de Sayabec	78 137 $	80 012 $
La Maison des jeunes de Causapscal	69 750 $	71 424 $
Centre de femmes de la Vallée de La Matapédia inc.	190 308 $	189 003 $
Grands Amis de la Vallée	30 720 $	31 457 $
Rayon de partage en santé mentale	104 163 $	106 663 $
Aide-Maison Vallée de La Matapédia	148 374 $	124 425 $
Moisson Vallée Matapédia	75 964 $	61 387 $
La Maison des jeunes de Val-Brillant	38 096 $	39 010 $
Centre Éclosion inc.	10 591 $	10 845 $
TOTAL - LA MATAPÉDIA	**1 034 551 $**	**1 009 597 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC DE MATANE		
L'Association des handicapés gaspésiens	58 892 $	44 876 $
Centre d'action bénévole de la région de Matane inc.	126 680 $	129 720 $
La Gigogne inc.	666 143 $	677 587 $
Maison des jeunes de Matane	106 661 $	109 221 $
La Maison des jeunes Le Refuge Jeunesse	51 200 $	52 429 $
Regroupement des femmes de la région de Matane	180 472 $	184 803 $
Centre régional ADH « Le Tremplin »	334 103 $	277 627 $
Les Grands Amis de la région de Matane	31 773 $	32 536 $
Les Services à domicile de la région de Matane	204 101 $	205 495 $
La Cuisine collective de la région de Matane	47 885 $	46 374 $
ACEF de la Péninsule	- $	30 000 $
Centre alternatif en santé mentale et sociale Le Marigot de Matane	119 592 $	112 222 $
Société Alzheimer du Bas-Saint-Laurent	125 599 $	128 613 $
Relais Santé (Matane)	52 955 $	54 226 $
TOTAL - MATANE	**2 106 056 $**	**2 085 729 $**

ORGANISMES	Enveloppe 2011-2012	Enveloppe 2012-2013
MRC Autres		
Service régional d'interprétariat de l'Est du Québec inc.	50 314 $	- $
TOTAL - MRC AUTRES	**50 314 $**	**- $**
TOTAL GLOBAL PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	**17 039 323 $**	**17 700 245 $**
ORGANISMES SUBVENTIONNÉS*	**138**	**136**

* Il peut arriver que l'on dénombre moins d'organismes puisque ceux-ci sont classés par siège social et non par programme.



ANNEXES

ANNEXE I
ANNEXE II

ANNEXE I

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT

Adopté par le conseil d'administration le 10 décembre 2008

Préambule

La gestion d'un organisme public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre ce dernier et les citoyens. C'est dans ce contexte et conformément à Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30), le Code civil ainsi qu'en lien avec les dispositions législatives de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2, ci-après nommée la LSSSS) et les pratiques et normes de gestion qui en découlent que les membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ci après l'Agence) adoptent le présent code d'éthique et de déontologie.

Objet

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs sont soumis, prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

Devoirs et obligations

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux.
2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (article 321 du Code civil du Québec).
3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui est conféré, avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert l'Agence (article 406 de la LSSSS et article 322 du Code civil du Québec).
4. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour accomplir ses fonctions, doit assister aux réunions du conseil et participer activement, dans un esprit de concertation, à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Agence.
5. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité.
7. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux.
8. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération.
9. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions.
10. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances.
11. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration.
12. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration, mais par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration.
13. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion.
14. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et de l'Agence. À cet effet, le membre :
    - 14.1. Doit éviter de discuter de problèmes de gestion interne avec une ou des personnes employées par l'Agence, en demandant que tels problèmes soient soumis au supérieur immédiat de la ou des personnes concernées;
    - 14.2. Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration.
15. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, dans l'intérêt de l'Agence ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux de la région et de la population desservie.

16. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'Agence.

Mesures préventives incluant les règles relatives à la déclaration d'intérêts

17. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'Annexe I du présent code.
18. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.
19. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'Agence, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de l'Agence.
20. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.
21. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence doit, sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général dans les soixante jours suivant son élection ou sa nomination, ou dès que sa situation change.
22. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'Agence.
23. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

Identification de situations de conflits d'intérêts

24. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'Agence.
25. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.
26. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :
    - 26.1. Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisse être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés.
    - 26.2. N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :
        - 26.2.1. Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre dans une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
        - 26.2.2. Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'Agence;
        - 26.2.3. Utilise le nom de l'Agence, ses symboles ou emblèmes, de même que son rôle à titre de membre à des fins personnelles;
        - 26.2.4. Participe à l'embauche ou à la promotion d'un membre de sa famille ou d'autres personnes avec qui il est lié;
        - 26.2.5. Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dans l'exercice de ses fonctions à titre de membre;
        - 26.2.6. Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'administration.

27. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au président-directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue.

28. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou qu'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.

29. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision.

30. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

31. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en avertir le président du conseil d'administration.

Pratiques reliées à la rémunération

32. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.

33. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens de l'Agence ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur (article 323 du Code civil du Québec).

34. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

    Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

35. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

36. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement (article 400 de la LSSSS).

37. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

Devoirs et obligations de l'après-mandat

38. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, les débats, les échanges et les discussions de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur.

39. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ou de nuire aux intérêts de l'Agence.

40. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

Mécanismes d'application du code

41. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévus par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

42. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur ait pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.

43. Le président ou le vice-président désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

44. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

45. Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le conseil d'administration pour agir à ce titre.

46. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

47. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

48. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête, le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

49. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

50. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction.

51. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion.

52. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

53. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions (article 3.0.5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif).

54. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou de faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'Annexe II du présent code.

Mise en vigueur, accessibilité et publication du code

55. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

56. L'Agence doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

57. Le rapport annuel de gestion de l'Agence doit faire état :

    57.1. Du nombre et de la nature des signalements reçus et des cas traités;

    57.2. Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées, si sanctions;

    57.3. Du nom des personnes concernées pourvu que la situation soit libre de tout litige.

Dispositions diverses

58. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.

59. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé tous les trois ans ou lorsque les circonstances le justifient.

60. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

ANNEXE II

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2012-2013

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

L'information contenue dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relève de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent :

- présentent les indicateurs, les engagements et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2012-2013.

Signé à Rimouski le 5 juin 2013

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

AXE : ATTENTES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Implantation d'un nouveau modèle d'organisation de services en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (modèle émergent)

Sujets	Résultats 2012-2013
Poursuivre la mise en place du projet « modèle émergent ».	Le processus d'implantation se poursuit tel que prévu.

Commentaires

Selon les dernières prévisions, l'implantation du réseau intégré de services en DI-TED pour le volet adaptation-réadaptation sera complétée en octobre 2013. Au cours de l'année 2012-2013, les CSSS des Basques, de Témiscouata et de La Mitis ont complété le processus d'implantation. Pour le CSSS de Matane, de Rivière-du-Loup et de Rimouski-Neigette, les équipes du CRDITED et des CSSS sont présentement à pied d'œuvre pour finaliser ce chantier en octobre 2013.

Nom : Judith Dion, Cathy Bérubé **Date** : 17 mai 2013

AXE : ATTENTES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Revoir l'organisation des services de laboratoires dans la région

Sujets	Résultats 2012-2013
L'organisation des services de laboratoires dans la région.	Le processus de révision de l'organisation des services de laboratoires se poursuit.

Commentaires

Le Plan d'action Optilab (PAO) a été proposé en début d'année 2013 aux différentes tables officielles. La révision du Répertoire général des analyses du Bas-Saint-Laurent a été faite afin de mesurer l'impact du retrait ou des transferts d'analyses vers l'extérieur de la région. D'éventuelles rencontres de consultation auprès des médecins spécialistes et des gestionnaires de laboratoires des CSSS de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup restent à venir concernant les modifications du dernier Répertoire québécois et système de mesure des procédures de biologie médicale (Annexe B, version de mars 2013). La mise à jour de la liste ministérielle implique des changements de hiérarchisation et/ou des corridors de service pour les établissements de la région dont les décisions, orientation et formalisation prendront cours lors des travaux d'Optilab prévus à l'automne 2013.

Nom : Françoise Charest **Date** : 13 mai 2013

AXE : ATTENTES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL	
OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015	• Poursuivre et intensifier les efforts visant à mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation; • Le support à l'analyse et à la mise en place de projets nationaux principalement liés à l'accès aux services médicaux, au soutien à domicile et aux autres secteurs cliniques; • Le support à la poursuite des démarches d'optimisation du secteur administratif.

Sujet

Optimisation de l'utilisation des ressources.

Résultats 2012-2013

Plusieurs mesures d'optimisation ont été mises en place.

Commentaires

L'Agence a mis en place différentes mesures pour soutenir les efforts d'optimisation des établissements de la région. Cela s'est traduit par :

- La disponibilité, en 2012-2013, d'un chargé de projets d'optimisation dédié au suivi et au soutien de ce dossier;
- L'adoption d'un cadre de gestion des projets d'optimisation assorti d'une enveloppe de 2 M $ visant à soutenir au-delà de 30 projets d'optimisation dans les établissements;
- La formation d'un peu plus de 20 gestionnaires des établissements dans le cadre du programme de 1er cycle de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
- La sensibilisation à l'approche Lean Management à quelque 150 gestionnaires;
- Le soutien à la formation d'équipes d'optimisation dans deux CSSS;
- Le suivi des chantiers régionaux d'optimisation à toutes les rencontres du Forum régional de coordination réunissant les DG de la région.

Par ailleurs, le suivi de certains chantiers fait l'objet de travaux spécifiques :

- Le suivi des dossiers spécifiques aux technologies de l'information s'inscrit à l'intérieur de la nouvelle gouverne des ressources;
- Le suivi des chantiers liés à la santé physique s'inscrit dans la perspective de la nouvelle table de concertation régionale en santé physique;
- Certains chantiers régionaux font l'objet de comités de travail; ceci est le cas pour le regroupement régional de la paie, l'optimisation en assurance salaire ainsi que celui des services juridiques.

La coordination régionale est assurée principalement à deux niveaux :

Niveau stratégique : un point statutaire est inscrit à chaque rencontre (1 fois par mois) du Forum régional de coordination réunissant les directeurs généraux des établissements de la région. Ce point permet de faire état de l'avancement des chantiers régionaux d'optimisation actuellement en cours, de décider des nouveaux projets régionaux à mettre de l'avant et de traiter de tout autre sujet entourant l'optimisation.

Niveau tactique : des comités de travail ont été mis en place en regard de certains dossiers interétablissements régionaux. Il y a donc des comités régionaux pour les projets suivants :

- Regroupement régional de la paie;
- Assurance salaire;
- Frais juridiques.

Nom : René Dumont

Date : 18 avril 2013

AXE : ATTENTES DE LA PDG AU REGARD DU RÉSEAU RÉGIONAL

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015 Soutien à la prévention des infections nosocomiales

Sujet	Résultats 2012-2013
Prévention des infections nosocomiales.	Investissements financiers dans le secteur de la prévention des infections et la gestion des zones grises en hygiène et salubrité et collaboration des établissements aux travaux régionaux qui seront menés au cours de la présente année.

Commentaires

L'Agence offre un soutien aux établissements pour le développement des services et la coordination régionale de certaines activités dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts et réduire l'incidence des infections nosocomiales dans les établissements de santé. En 2012-2013, des projets spéciaux ont été financés ou coordonnés par l'Agence afin d'agir sur les multiples facteurs d'acquisition et de transmission des infections en milieu de soins, mentionnons :

- Aménagement de chambres à pression négative dans les centres hospitaliers des CSSS de Témiscouata et de La Matapédia (investissement d'environ 25 000 $ à comptabiliser en fonction des coûts réels), de sorte que tous les hôpitaux de la région bénéficient de cette infrastructure efficace pour contrôler la transmission d'infections par voie aérienne;
- Organisation d'une formation en ligne sur l'hygiène des mains, les pratiques de base et les précautions additionnelles à l'intention du personnel des établissements de santé (investissement de 25 000 $ pour obtenir 2 777 accès au programme du CHUQ);
- Développement d'un programme de surveillance et de gestion informatisé des infections nosocomiales dans les CSSS de la région (investissement d'environ 300 000 $ assujetti au contrat avec le fournisseur à compléter);
- Aménagement de chambres individuelles avec toilettes non partagées à l'Hôpital régional de Rimouski (investissement de 500 000 $) et planification de développer d'autres unités pour améliorer la prévention des infections;
- Soutien pour le nettoyage et la désinfection complète des surfaces et du matériel médical (prise en charge des zones grises) dans les CSSS (investissement de 860 000 $ avec budget supplémentaire de 400 000 $ en 2013-2014).

Le niveau de réalisation souhaité dans l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité a été atteint pour les étapes requises en 2012-2013 concernant les unités de courtes durées et des soins critiques.

Les trois premières étapes réalisées des quatre identifiées par le ministère sont les suivantes :
- Désignation d'un responsable de la gestion des zones grises;
- Réalisation d'un relevé des équipements, du matériel et des surfaces;
- Identification du service responsable de l'intégrité sanitaire.

Pour ce qui est de la dernière étape, la mise en place d'un registre de suivis afin de vérifier que les interventions de nettoyage et de désinfection sont effectuées par les services désignés, celui-ci est requis pour 2013-2014.

Alors que la cible provinciale pour les trois premières étapes, à la fin de l'année 2012-2013, était de 75%, nous avons atteint une moyenne régionale de 96 %. Cinq établissements ont atteint 100 % et le sixième 75 %. Ainsi, le soutien offert par l'Agence aux établissements a permis le dépassement des attentes ministérielles dans ce dossier.

Nom : Patricia Assels, Daniel Bolduc **Date** : 23 mai 2013

SUIVI DE CERTAINES RÉALISATIONS ATTENDUES		
Indicateurs	Réalisée	Non réalisée
Plan d'action sur l'accès aux services spécialisés.	Plan d'action régional 2012-2013 sur l'accès aux services spécialisés conforme aux orientations du MSSS.	Les objectifs qui n'ont pas été atteints en 2012-2013 seront reconduits dans le plan d'action 2013-2014, si toujours pertinents.
Rehaussement d'un logiciel de gestion des listes d'attente qui répondra aux besoins des établissements en imagerie médicale.		Non réalisée.
Implantation et utilisation du processus de priorisation et d'indication pour une coloscopie du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR).	Le CSSS de Rivière-du-Loup est un des sites de démonstration du PQDCCR. Le CSSS de Témiscouata et le CSSS de Kamouraska procèdent à la mise à niveau de leur unité d'endoscopie afin de rencontrer la conformité selon les critères et des normes en matière de gestion du mécanisme d'accès du PQDCCR. Épuration des listes d'attente réalisée ou en cours en endoscopie pour les établissements.	
Suivi des données de l'attente et de la production en chirurgie.	Analyse des données et transmission au MSSS des résultats (périodiquement pour les responsables locaux et trimestriellement pour la responsable régionale).	
Formation des nouveaux responsables locaux de l'accès.	Formation de deux nouveaux responsables locaux.	

Commentaires

Le rehaussement du logiciel en imagerie médicale devrait permettre de faire la saine gestion des listes d'attente dans le but d'atteindre les cibles régionalisées d'accès fixées. Aucun rehaussement régional du logiciel de gestion des listes d'attente n'a été réalisé. En attente de connaître les paramètres du dossier d'affaires de la DGTI-DATBM du MSSS.

Nom : Anne St-Pierre **Date** : 29 mai 2013

Indicateurs	Réalisée	Non réalisée
Plan d'action sur l'accès aux services de santé mentale.	En démarche de réalisation.	
Plan d'optimisation en soutien à domicile.	Il était prévu 297 619 heures et nous avons réalisé 306 094 heures.	
Plan de services intégrés Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).	Chaque CSSS a moins de 10 % de la multiclientèle (-65 ans) hébergée en CHSLD.	
Stratégie d'action jeunesse 2009-2014.	Réalisée.	
Plan d'action sur l'économie d'eau potable – État de situation et plan d'action par bâtiment.	Identification des répondants SQEEP dans tous les établissements et à l'Agence. Questionnaire de reddition de comptes (GESTRED) complété par les établissements; Vérification et validation par l'Agence.	Élaboration des plans d'action et identification des projets immobiliers. Intégration de la notion et mention SQEEP dans les plans triennaux PCFI PCEM. Adoption de saines pratiques de gestion de l'eau par le personnel.

Commentaires

Plan de services intégrés Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) :
L'offre de service pour la clientèle avec profil gériatrique ayant des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence a été améliorée. Ainsi, il y a eu développement de trois volets de services à actualiser pour cette clientèle avec le CSSS de La Mitis, qui a un mandat régional à cet égard :
- Volet expertise-conseil;
- Volet hébergement transitoire;
- Volet accompagnement-soutien.

Début de formation offerte par l'ASSS du Bas-Saint-Laurent : « Les défis des troubles de comportement, mieux comprendre pour mieux agir » pour l'ensemble des CSSS de la région.

Diminution du nombre de lits en CHSLD de la région :
- Soutien et accompagnement auprès des COA de la région afin de s'assurer que les demandes d'hébergement soient orientées vers les ressources les plus pertinentes et augmenter l'offre de service à domicile;
- Observation pour l'ensemble des COA, et complétion d'un rapport;
- Complétion d'un tableau représentant les admissions (adultes et personnes ainées) et présentation à chaque période à l'ensemble des directeurs généraux des CSSS;
- Fermeture du Centre d'hébergement Thérèse-Martin au CSSS de Kamouraska prévue en septembre 2013.

Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 :
Toutes les mesures sont réalisées, à l'exception de celle portant sur l'offre d'une formule intensive du Programme de qualification des jeunes (PQJ), formule intensive qui n'est pas présente dans la région, notamment aux jeunes contrevenants. Nous avons cependant quatre (4) éducateurs qui offrent un service régulier du PQJ. Ce service nous permet d'offrir l'intensité de service nécessaire à la réponse aux besoins des jeunes qui nous sont confiés, qu'ils soient contrevenants ou non.

Plan d'action sur l'économie d'eau potable
Les exigences du plan d'action national ont été connues à la fin de 2012. Les attentes ministérielles d'élaboration des plans d'action, de l'intégration de la notion SQEEP dans les plans triennaux ainsi que l'adoption des saines pratiques de gestion seront enclenchées au cours de l'année 2013-2014.

Nom : Jeannine Desmarais, Cathy Bérubé, Brigitte Fiset, Patricia Assels **Date :** 17 mai 2013

AXE : SANTÉ PUBLIQUE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.1.12 Proportion des femmes nouvellement inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	100 %	90 %	100 %

Commentaires

Les résultats démontrent que l'ensemble des familles ciblées serait rejoint par les SIPPE, en considérant les critères connus d'admissibilité aux SIPPE des dernières années (femmes enceintes ou mères de moins de 20 ans et femmes enceintes ou mères de 20 ans et plus, sous-scolarisées et pauvres) et le dénominateur identifié.

Cette précision s'impose parce qu'au cours de l'année 2012-2013, les critères nationaux d'admissibilité aux SIPPE ont été modifiés dans une préoccupation de préserver le volet prévention pour ces familles considérées à risque, tout en assurant des services mieux adaptés à celles en difficulté (programme JED ou autres services spécifiques des CSSS). Conséquemment, les critères retenus ne s'attardent plus à l'âge des mères, mais seulement à celui d'être sous-scolarisée et pauvre. De plus, même si certaines familles répondent à ce critère, mais vivent des difficultés importantes, elles sont désormais orientées vers d'autres services répondant mieux à leurs besoins. Le dénominateur utilisé n'a pas été ré-estimé dans ce contexte.

La lecture des résultats 2012-2013 doit donc s'inscrire dans une période de transition quant à l'accessibilité possible à ce programme.

Les indicateurs des ententes de gestion 2013-2014 s'attarderont plutôt à l'intensité attendue des visites à domicile selon le cadre de référence des SIPPE (MSSS, 2003).

Nom : Jocelyne Michaud **Date :** 8 mai 2013

* Résultats en date du 24 mai 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : SANTÉ PUBLIQUE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	84,8 %	85,0 %	84,4 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	72,0 %	85,0 %	69,8 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS (mission CLSC) leur première dose de vaccins conjugués contre le pneumocoque dans les délais	71,9 %	85,0 %	70,1 %

Commentaires

Malgré le fait que les délais à l'intérieur desquels les cibles devaient être atteintes sont passés d'une semaine à deux semaines en 2012-2013, les résultats atteints en 2012-2013 sont pratiquement les mêmes que ceux réalisés en 2011-2012. Il faut dire que la cible a été augmentée, passant de 75 % à 85 % pour les trois indicateurs. Le premier indicateur est presque atteint, n'étant qu'à moins de 1 % de la cible. Cependant, les deux autres sont loin d'être atteints, étant à moins de 15 % des objectifs fixés. À ce chapitre, certains établissements performent moins que d'autres, mais il reste que la totalité des établissements est en deçà des engagements établis.

Nous sommes actuellement à rencontrer, à tour de rôle, les établissements afin de comprendre les difficultés à atteindre les cibles et, notamment, à s'assurer qu'ils mettent en place les mesures préconisées dans le Plan québécois de promotion de la vaccination.

Nom : Claude Gauthier **Date** : 17 mai 2013

* Résultats inscrits dans T-BIG pour l'exercice 2011-2012 en date du 16 avril 2013
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE D'INTERVENTION : PRÉVENTION DANS LES CONTINUUMS DE SERVICES

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015

1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)

1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants :
- infections transmissibles sexuellement et par le sang
- habitudes de vie et maladies chroniques
- chutes chez les personnes âgées
- suicide

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées	82 % en 2011	85 %	85,4 %
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	Sera calculé en 2012-2013	85 %	91,7 %

Commentaires

Le Plan d'action régional de santé publique (PAR) et les huit (8) plans d'action locaux (PAL) des CSSS ont été déployés en 2012-2013. Cet exercice de planification a permis de revoir et rehausser, au besoin, l'intensité de l'implantation de l'ensemble des activités du PNSP et des pratiques cliniques préventives (PCP) prioritaires, et ce, tant au plan régional que local.

Les activités de soutien offertes aux CSSS et aux partenaires des RLS quant à l'implantation et au maintien des activités de santé publique et des PCP prioritaires à actualiser ont contribué à l'atteinte des résultats et nous considérons être en bonne voie d'atteindre l'objectif de 85 %.

Nom : Marie-Josée Pineault **Date** : 21 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 31 mai 2013

AXE : SERVICES MÉDICAUX ET INFIRMIERS

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015

2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.25 Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) implantés	10 GMF	10	10
3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	4 IPS	6	5

Commentaires

Nous avons maintenant 10 GMF implantés dans la région. Afin de favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine, nous évaluerons la possibilité d'implanter un autre GMF en 2013-2014 dans le secteur de Rimouski.

Concernant les infirmières spécialisées (IPS), au cours de la dernière année, nous avons comblé la première vague de six bourses nous ayant été octroyées initialement. Toutefois, une IPS en poste a quitté notre région pour une autre province. Beaucoup d'attention a été apportée à l'intégration de ces nouvelles ressources.

Nom : René Lavoie, Anne St-Pierre **Date :** 23 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 31 mars 2013

AXE : SERVICES PSYCHOSOCIAUX

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs	Resultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Projet pilote en place	Poursuite du projet pilote régional en lien avec la centrale, évaluation des résultats atteints et exploration de pistes de consolidation du volet social	Orientation régionale prise sur la consolidation du service Info-Social 24/7 à partir de la plateforme Web du SRISIS-BSL au CSSS de La Mitis
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	79,1 %	79,4 %	82,1 %

Commentaires

Au cours de la dernière année, le projet pilote du service Info-Social s'est poursuivi au Service régional Info-Santé 8-1-1 et Info-Social (SRISIS-BSL) au CSSS de La Mitis. Des représentations régionales ont été faites au Forum de coordination des directeurs généraux afin de convenir d'une orientation régionale claire à l'égard de l'avenir du projet pilote « Infosocial » au Bas-Saint-Laurent. Une décision de principe favorable à la consolidation du service 24/7 a été prise le 15 avril 2013. Des travaux régionaux et locaux seront entrepris afin d'explorer une contribution plus élargie du service Info-Social, 24/7 pour optimiser les accueils cliniques (AEOR) des CSSS au niveau de l'accès, de la qualité, de l'efficience et de la complémentarité des services.

La Direction des affaires médicales, universitaire, des services de santé et hospitaliers (DAMUSSH) avec les gestionnaires du service Info-Social et du Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise (CPSIC) ont poursuivi des rencontres de travail qui ont permis de rétablir un climat de travail sain entre les deux organismes et d'identifier les services spécifiques à chacun, les services complémentaires et ceux qui peuvent être en duplication. Une trajectoire de service de même qu'une entente de collaboration qui assure des mécanismes de références des clientèles ont été élaborées et signées, ce qui a permis de reconnaître positivement les mandats et les services spécifiques de chacun.

Nom: Isabelle Ouellet **Date :** 18 avril 2013

* Résultats inscrits dans T-BIG pour l'exercice 2011-2012 en date du 16 avril 2013
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.06.10 Pourcentage de territoires locaux où est offert un programme d'intervention en négligence reconnue efficace	3 établissements sur 8	N/A	100 %

Commentaires

À l'automne 2012, les huit CSSS de la région ont bénéficié d'un montant récurrent provenant du MSSS pour l'implantation d'un programme d'intervention en négligence. Ce montant a été affecté à des ressources humaines et a permis de libérer du personnel dédié à l'implantation ou à la consolidation du programme d'intervention en négligence l'EnTrain.

Voici l'état d'avancement des travaux des territoires de CSSS, selon les trois (3) phases de développement du Programme l'EnTrain :

Phase 1 : Information/sensibilisation
CSSS de Rimouski-Neigette
CSSS des Basques

Phase 2 : Appropriation/structuration
CSSS de Matane
CSSS de Rivière-du-Loup

Phase 3 : Implantation/actualisation
CSSS de Témiscouata
CSSS de Kamouraska
CSSS de La Matapédia
CSSS de La Mitis

Quatre régions du Québec, dont le Bas-Saint-Laurent, ont été ciblées pour le monitorage du programme d'intervention en négligence. Le territoire de La Matapédia, où le programme avait débuté par le passé comme projet-pilote, fait l'objet en 2012-2013 de différentes activités de monitorage orchestrées par le MSSS.

Nom : Jeannine Desmarais, Cathy Bérubé **Date** : 17 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 18 avril 2013

AXE : PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 223	3 624	3 393

Commentaires

Au 31 mars 2013, la majorité des CSSS n'a pas atteint les cibles retenues tant pour la clientèle jeune que pour les adultes et les aînés. Soulignons que l'indicateur actuel ne permet pas de comptabiliser une part importante des interventions de groupe réalisées par les CSSS. Nous poursuivons les travaux afin d'améliorer les mécanismes et les trajectoires de services dans les deux secteurs de la région, en plus des moyens de promotion des services et ressources en santé mentale auprès des médecins, des organismes communautaires et de la population en générale.

Par ailleurs, nous avons mené une consultation auprès des établissements et des organismes communautaires de la région afin d'auditer les enjeux, les besoins, les difficultés rencontrées en matière d'organisation et d'arrimages entre les différents niveaux services ainsi que les attentes de chacun. En plus de bien cerner l'offre de service actuelle en santé mentale, cette démarche a permis de prioriser les secteurs à soutenir. En ce qui concerne les services de 1re et de 2e ligne, qui relèvent des centres de santé et de services sociaux (CSSS), une analyse des besoins, des ressources disponibles et des écarts quant aux cibles visées a été réalisée. Plusieurs facteurs ont été observés, dont le sous-financement du programme santé mentale.

À partir de cette démarche, nous avons identifié les secteurs qui seront financés en priorité. De plus, nous avons amorcé la rédaction d'un plan d'action régional 2013-2016 qui répondra aux attentes des partenaires tout en respectant les orientations ministérielles en la matière. Les objectifs retenus dans ce plan devraient contribuer à l'atteinte des cibles en santé mentale ainsi que favoriser le développement d'un partenariat intersectoriel, notamment avec les organismes communautaires en santé mentale.

Nous estimons que le soutien offert par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM), qui a pour mandat de contribuer à l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des services, devrait contribuer à l'atteinte de nos cibles. Déjà trois rencontres se sont tenues en 2012 qui ont permis de préciser les besoins en matière de soutien clinique et de préciser les prochaines actions à réaliser en 2013-2014.

Par ailleurs, le modèle de soins partagés, que l'on retrouve dans le secteur ouest du territoire autour du CSSS de Rivière-du-Loup, servira d'exemple pour l'implantation d'un modèle semblable dans le secteur est en 2013, et ce, avec les services spécialisés du CSSS de Rimouski-Neigette ainsi que les CSSS de La Mitis, de La Matapédia et de Matane.

Nom : Maria Fortin, Cathy Bérubé **Date :** 17 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : PERSONNES ATTEINTES DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	142	117	228
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	96	195	91

Commentaires

Les permanents du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) et le psychiatre-conseil de l'Agence offrent un soutien clinique continu aux huit (8) équipes de soutien d'intensité variable et aux deux (2) équipes de suivi intensif de la région. Ce soutien permet d'améliorer le fonctionnement de ces deux services et de s'assurer que les intervenants utilisent les meilleures pratiques dans le domaine. Après chaque rencontre de *coaching*, les gestionnaires concernés reçoivent un bilan avec des suggestions d'amélioration. Depuis la mise en place des activités de formation, de coaching et de soutien ponctuel aux gestionnaires et aux intervenants cliniques de la région, nous constatons une nette amélioration dans cette offre de service.

En 2012, l'équipe de suivi intensif du CSSS de Rimouski-Neigette, qui dessert le secteur est de la région, s'est vue reconnaître par le CNESM pour obtenir un statut d'équipe-école rurale. Les visites régulières du CNESM en lien avec une reconnaissance de fidélité au modèle ACT est un des moyens offerts pour assurer la pérennité du statut d'équipe-école et de constituer une pratique modèle pour les autres équipes au Québec.

Malgré une nette amélioration des services de suivi dans la communauté dans les huit (8) réseaux locaux de services, les résultats, en fin d'année, ne rencontrent cependant pas les cibles visées. Force est de constater que la collaboration entre les différents services n'est pas optimale et que la culture de travail ne facilite pas, comme il se devrait, les rapprochements entre les différents intervenants qui s'impliquent auprès de ces clientèles. De plus, on note une quasi-absence de liens formels, d'échanges de connaissances, d'expertise et d'interventions conjointes entre les équipes SI et SIV et autres intervenants œuvrant dans les services sectoriels ou intersectoriels.

Or, pour la prochaine année, nous prévoyons tenir une rencontre de concertation dans chacun des RLS qui regrouperait tous les acteurs concernés. En plus de favoriser un meilleur dépistage des clientèles, cette démarche permettra d'améliorer les arrimages et les mécanismes de collaboration entre les partenaires. Nous voulons identifier des stratégies susceptibles de combler les lacunes de l'offre régionale de services, de s'entendre sur des mécanismes de collaboration, de référence et de suivi, le tout dans une perspective de soins partagés.

Nom : Maria Fortin, Cathy Bérubé **Date** : 17 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : PERSONNES AUX PRISES AVEC UNE DÉPENDANCE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	67	94	328

Commentaires

Alors que les intervenants des CSSS n'avaient pas l'habitude de faire de la détection et de l'intervention précoce des dépendances, nous constatons, en 2012-2013, que cette pratique s'installe progressivement, mais surement. Nous avons rencontré plusieurs gestionnaires et intervenants, fait de la sensibilisation et indiqué l'importance de compléter les données dans le I-CLSC en dépendance; cela explique la hausse des données.

Nom : Nathalie Gagnon, Cathy Bérubé **Date** : 23 avril 2013

* Résultats inscrits dans T-BIG pour l'exercice 2011-2012 en date du 16 avril 2013
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	57,6 %	68,0 %	68,91 %

Commentaires

Plusieurs interventions ont été mises en place afin d'améliorer le niveau d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services :

- Tenue de rencontres de suivi avec chacun des CSSS de la région, aux huit (8) semaines (à l'exception des Basques et de Rimouski-Neigette à cause d'un changement au niveau des directeurs/coordonnateurs) afin d'assurer une progression dans l'organisation des services sur le terrain.
- Plusieurs CSSS ont réussi à modifier leur guichet d'accès afin de faciliter l'accès aux services pour les usagers. L'introduction d'un COS dans la plupart a permis une approche interdisciplinaire dans la prise en charge de la clientèle âgée vulnérable.
- L'identification des gestionnaires de cas (GC) / intervenant pivot a permis une meilleure coordination des services avec la clientèle vulnérable. Cet aspect n'en est qu'à ses débuts et on devrait y voir, dans la prochaine année, une augmentation des suivis par celui-ci. Régionalement, un centre d'activité dans I CLSC a été attribué au GC et il sera disponible pour la prochaine année.
- On encourage régionalement une augmentation des Outils d'évaluation multi-clientèles (OEMC) faits au domicile afin d'identifier les besoins de la clientèle de manière plus précise. En outillant les gestionnaires d'un outil de passage Excel/RSIPA, ceux-ci trouvent intéressantes les données produites et travaillent donc à soutenir les intervenants dans l'utilisation du RSIPA comme moyen de communication. Un problème d'accès internet à domicile empêche une optimisation du temps des intervenants lors de la rédaction de l'évaluation.
- En encourageant la présence de superviseurs cliniques, d'infirmières conseillères en soins et GC, les CSSS travaillent à augmenter le nombre de PI/PSI par une équipe multi à visée interdisciplinaire.
- Un travail régional est en processus afin de supporter les CSSS dans l'organisation des services externes pour la personne âgée. Ceci inclut une réorganisation des services afin d'optimiser l'utilisation des expertises gériatriques.

Nom : Cathy Bérubé, Paule Langlois, Carmen Bouffard **Date** : 17 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : ADAPTATION DES SERVICES

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.03.07 Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des composantes de l'approche gériatrique	62,5 %	50 % des centres hospitaliers	80 %

Commentaires

Pour cet indicateur, les attentes du MSSS sont que 100 % des préalables soient mis en place dans les CH (urgence et unités de soins). La majorité des six (6) CSSS de la région, qui ont une urgence et des unités de soins, ont implanté les préalables de l'AAPA à l'exception du CSSS de Matane (75 %), Rivière-du-Loup (81,5 %) et Témiscouata (93,75 %). Régionalement, nous obtenons une cote de 91,7 % pour 6/8 des CSSS.

Nous débutons l'implantation dans les deux derniers CSSS qui n'ont pas d'unités d'hospitalisation. Le CSSS de La Mitis fait déjà le repérage et le suivi Prisma 7 à partir de l'urgence. Il reste le programme de marche à implanter. Tout est à faire au CSSS des Basques puisque aucun repérage n'est fait à l'urgence. Un répondant local devra être nommé. Si on considère les huit (8) CSSS, on obtient 78,1 % d'implantation, régionalement.

Un processus de formation du type « E-learning » auprès des intervenants est entrepris par l'intermédiaire de la plate-forme du Centre d'expertise de santé de Sherbrooke (CESS). Certains ont procédé par des formations maison. Une formation sur l'AAPA a été organisée avec la Dre Annik Dupras de l'IUGM par visioconférence pour les huit (8) CSSS (pour les médecins, personnel inf., professionnels). Une autre formation sera offerte en avril-mai 2013 sur la médication et les aînés (pour médecins, pharmaciens et inf.).

Nom : Paule Langlois, Cathy Bérubé **Date** : 17 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 31 mars 2013

AXE : SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.03.05 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendu à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	298 834	297 619	309 838

Commentaires

Nous avons continué le suivi auprès de chacun des CSSS afin de réorganiser et d'optimiser les tâches au niveau des services sociaux et des soins infirmiers. L'introduction d'agentes administratives a permis de soulager les tâches administratives de plusieurs professionnels. La révision des charges de cas a permis d'encadrer les pratiques et ainsi assurer des suivis en lien avec le PI/PSI de l'usager. Le processus se poursuit et nous devrions continuer à observer des changements dans la prestation de soins au SAD.

Nom : Paule Langlois, Cathy Bérubé **Date :** 17 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis :
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ;
- pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an.

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDITED selon les délais définis comme standards du Plan d'accès TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	74,3 %	90,0 %	75,0 %
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDITED selon les délais définis comme standards du Plan d'accès TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	88,4 %	90,0 %	84,6 %
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDITED selon les délais définis comme standards du Plan d'accès TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	95,6 %	75,0 %	89,0 %

Commentaires

Un suivi périodique des taux de respect des établissements a permis une plus grande fiabilité des données. Nous notons une amélioration des taux de respect pour l'ensemble des CSSS. Les niveaux de priorité dont les taux de respect sont égaux ou supérieurs à l'engagement :
- DI-TED, modéré en CSSS et CRDITED
- DP, élevé et modéré en CSSS
- DP, modéré en CRDP

Les niveaux de priorité dont les taux de respect sont près de l'atteinte de l'engagement :
- DI-TED, élevé en CSSS et CRDITED
- DP, élevé en CRDP

Les niveaux de priorité dont les taux de respect sont inférieurs à l'engagement sont :
- DI-TED urgent en CSSS (une demande est en attente sur un total deux demandes)
- DP, urgent en CSSS (trois demandes ont été répondues hors délai sur un total de quatorze)
- DI-TED, modéré en CSSS et CRDITED
- DP, élevé et modéré en CSSS
- DP, modéré en CRDP

Nom : Judith Dion, Cathy Bérubé **Date :** 17 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : SERVICES SOCIAUX ET DE RÉADAPTATION

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.2 Assurer, aux personnes ayant une dépendance, un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateur	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	59,2 %	60,0 %	43,7 %

Commentaires

Malgré que l'utilisation de l'indice de gravité de la toxicomanie (IGT) et autres outils soient maintenant considérés dans la saisie des données en 2012-2013, nous constatons tout de même une diminution des résultats. Cela peut s'expliquer par le fait que l'intégration du système informatique reste à parfaire auprès des intervenants afin qu'ils améliorent le processus d'inscription des données. La liste d'attente au point de service de Rivière-du-Loup peut également contribuer à cette baisse. Un suivi a été fait auprès de l'établissement afin de corriger la situation.

Nom : Nathalie Gagnon, Cathy Bérubé **Date** : 23 avril 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : MÉDECINE ET CHIRURGIE

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.3 Assurer, aux personnes inscrites au mécanisme central, un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

3.1.5 Assurer, aux personnes atteintes de cancer, les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	70,6 %	90,0 %	56,0 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	72,9 %	90,0 %	60,3 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	97,1 %	90,0 %	86,2 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	93,6 %	90,0 %	93,4 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	94,9 %	90,0 %	93,5 %
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	58,7 %	70,0 %	58,4 %

Commentaires

Bien que les délais moyens d'attente pour subir une chirurgie de la cataracte, une arthroplastie totale de la hanche ou du genou se soient détériorés cette année, on observe une augmentation de production pour chacune de ces interventions, particulièrement pour la chirurgie de la cataracte où 430 interventions ont été réalisées de plus qu'en 2011-2012. En ce qui concerne les indicateurs 1.09.20.04 et 1.09.20.05, les cibles ont été respectées. Il faut mentionner que d'un point de vue régional, pour tous types de chirurgies, 90 % des patients ont été opérés à l'intérieur de six (6) mois, ce qui respecte l'engagement pris dans l'entente de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et le MSSS.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette détérioration des délais d'attente. En effet, le CSSS de La Matapédia ayant seulement une équipe dédiée tant au bloc opératoire qu'à la salle d'endoscopie; une décision organisationnelle de diminuer la liste d'attente en endoscopie a été prise. Pour ce qui est du CSSS de Rimouski-Neigette, certaines spécialités (urologie et ophtalmologie) ont dû composer avec la diminution d'effectifs médicaux.

Pour ce qui est de l'indicateur 1.09.33, des modifications ont été réalisées dans le système d'information afin d'améliorer la saisie des données en identifiant les chirurgies à forte incidence oncologique, le but étant d'exercer une vigilance accrue afin que la prise en charge des patients en attente d'une chirurgie oncologique soit effectuée plus rapidement.

Nom : Anne St-Pierre **Date** : 13 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : RÉFÉRENCE AUX SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille

Indicateur		Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.38	Pourcentage des CSSS ayant mis en place un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi urgente et référées par un médecin de famille	Déployé dans un établissement À mettre en place dans d'autres établissements	Déployé dans un établissement supplémentaire	Déployé dans deux établissements

Commentaires

L'accueil clinique du CSSS de Rimouski-Neigette a été déployé au bénéfice des médecins œuvrant sur le territoire du CSSS de La Mitis. Les travaux se poursuivent afin que la totalité des protocoles soit rendue disponible pour ce territoire d'ici la fin 2013.

Également, le CSSS de Rivière-du-Loup a débuté des travaux pour permettre l'implantation d'un accueil clinique pour ce territoire.

Nom : Anne St-Pierre, Michel Plante **Date** : 3 juin 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012 ** Résultats en date du 3 juin 2013

AXE : LUTTE CONTRE LE CANCER

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateur		Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.07	Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	99,9 %	95,0 %	99,7 %

Commentaires

Pour l'année 2012-2013, le service de radiothérapie du Centre de cancer du CSSS de Rimouski-Neigette a traité 884 patients, soit 39 de plus que l'an passé. De ces 884 patients, tous ont débuté leur protocole de traitements à l'intérieur des délais prescrits (28 jours) à l'exception de trois (3) patients, pris en charge la cinquième semaine. Ainsi 99,8 % des patients ont débuté leurs traitements dans le délai imparti.

Nom : Chantal Landry **Date** : 1er mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012 ** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : URGENCES

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière
* Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	9,29 %	10,00 %	9,06 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	1,0 %	1,0 %	1,0 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	9,66	11,00	9,59

Commentaires

Les résultats régionaux obtenus se situent très favorablement par rapport à ceux observés dans l'ensemble du Québec, et ce, pour tous les indicateurs.

La cible fixée de moins de 11 heures pour le séjour moyen sur civière est largement atteinte pour la région avec un résultat de 9,6 heures à la fin de la période 13.

D'un point de vue régional, pour l'année 2012-2013, les cibles visées ont été respectées pour tous les indicateurs.

Nom : Anne St-Pierre **Date** : 13 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012 ** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs		Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
1.01.19.1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au Clostridium difficile	66,7 %	80,0 % 5/6 établissements)	100 %
1.01.19.2	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	83,3 %	80,0 % (5/6 établissements)	100 %
1.01.19.3	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	100,0 %	80,0 % (5/6 établissements)	100 %

Commentaires

Tous les hôpitaux de la région respectent les taux d'incidence ciblés pour les diarrhées associées au *C. difficile* (6/6), les bactériémies à SARM (6/6) et les bactériémies sur cathéters centraux aux unités de soins intensifs (2/2) en 2012-2013. Il est à noter que les CSSS de Rimouski-Neigette et de La Matapédia ont déployé des efforts supplémentaires pour contrôler des éclosions de diarrhées à *C. difficile* au cours des derniers mois. Des moyens de prévention accrus ont été appliqués dans ces hôpitaux :

- Amélioration des processus de gestion des isolements;
- Aménagement de chambres d'isolement des patients contagieux, notamment d'unités dédiées regroupant des patients affectés par un même pathogène infectieux;
- Encadrement des aidants naturels et des visiteurs;
- Réduction des transferts intrahospitaliers;
- Achat de matériel dédié ou à usage unique;
- Formation du personnel;
- Évaluation des processus de soins, notamment par des audits sur l'hygiène des mains, etc.

Des projets spéciaux ont été financés ou coordonnés par l'Agence afin d'agir sur les multiples facteurs d'acquisition et de transmission des infections en milieu de soins en 2012-2013. Ces projets auront un impact pour réduire les taux d'infections nosocomiales, mentionnons :

- Aménagement de chambres à pression négative dans les centres hospitaliers des CSSS de Témiscouata et de La Matapédia pour contrôler la transmission d'infections par voie aérienne;
- Aménagement de chambres individuelles avec toilettes non partagées à l'Hôpital régional de Rimouski;
- Organisation d'une formation en ligne sur l'hygiène des mains, les pratiques de base et les précautions additionnelles à l'intention du personnel des établissements de santé;
- Acquisition et déploiement d'un programme de surveillance et de gestion informatisé des infections nosocomiales dans les CSSS de la région;
- Soutien pour le nettoyage et la désinfection complète des surfaces et du matériel médical (prise en charge des zones grises) dans les CSSS.

Nom : Daniel Bolduc **Date** : 23 mai 2013

* Résultats en date du 24 mai 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013 (Source : Portail INSPQ)

AXE : DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

OBJECTIFS DE RÉSULTATS 2010-2015

5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles

5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail

5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité

5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs		Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100,0 %	100,0 %	100,0 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	40,0 %	80,0 %	90,0 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,41 %	5,20 %	5,20 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	3,46 %	2,96 %	3,20 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	0,89 %	0,40 %	0,64 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,01 %	0,00 %	0,39 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00 %	0,00 %	0,01%
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	N/A	0,68 %	1,02 %

Commentaires

Dans un premier temps, au niveau de la planification de main-d'œuvre, notre région a mis à jour le Plan d'attraction et de rétention de main-d'œuvre en regard des stratégies à déployer au niveau régional et local. Plusieurs zones de priorités d'actions ont été retenues. Tous les établissements de notre région ont déposé leur plan de main-d'œuvre à l'Agence, ce qui nous a permis de produire au MSSS, en novembre 2012, la PMO pour la région du Bas-Saint-Laurent.

On note, pour notre région, un faible taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et la tendance s'est maintenue au cours de la dernière année. Les établissements qui utilisent la MOI ont mis en application les plans d'action dont ils ont convenu à cet effet.

Pour soutenir les actions en cours dans les organisations, plus d'une douzaine de projets d'organisation du travail sont déployés dans certains secteurs d'activité, le tout grâce à un soutien financier du MSSS.

Nom : René Lavoie **Date** : 23 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015 5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs		Résultats* 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats** 2012-2013
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	100 % des établissements	100 %	50 %
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	Deux établissements et l'Agence sont actuellement en processus	30 %	30 %
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,20 %	5,28 %	6,53 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur programme de soutien clinique - Volet préceptorat	7/8	100 %	90 %

Commentaires

Deux établissements ont renouvelé leur agrément en 2012-2013. Pour ce qui est des critères de mobilisation des ressources humaines, un établissement a fait une progression significative depuis son agrément précédent, mais demeure tout de même légèrement en deçà de la moyenne des établissements comparables. L'autre établissement se situe au-delà de la moyenne des établissements comparables.

Quatre établissements de notre région effectuent actuellement des démarches afin de retenir une stratégie de mobilisation en regard de l'amélioration du climat de travail, considérant plusieurs options disponibles. Toutefois, un établissement de notre région a déjà déployé le modèle Planetree dans son milieu de travail.

On note une augmentation de l'assurance salaire sur notre territoire. Considérant les difficultés à rencontrer les cibles fixées initialement, une démarche régionale a été entreprise au cours de la dernière année afin d'optimiser le volet assurance salaire telle que la création d'un comité de travail régional et une stratégie d'actions touchant différentes sphères de la gestion des dossiers en assurance salaire.

La majorité des établissements de notre région ont mis en application leur programme de soutien clinique « Préceptorat » et on note qu'au cours de la dernière année, ce processus d'intervention fut bénéfique aux fins d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre.

Nom : René Lavoie **Date :** 23 mai 2013

* Résultats en date du 31 mars 2012
** Résultats en date du 22 mai 2013

AXE : MESURES D'OPTIMISATION

Sujet	ACTIONS RÉGIONALES 2012-2013	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
La téléphonie IP	Étude concernant l'utilisation et la mise en place de solution de type « Open Source » a été réalisée par quelques établissements. Analyse d'un établissement régional afin de se doter d'un système IP pouvant répondre aux besoins et également générer des économies. Une ébauche d'un plan régional en téléphonie a été produite et présentée aux directeurs des RI des établissements.	Trois établissements ont débuté l'utilisation de la téléphonie IP en « Open Source ». Le CRDITED a procédé à l'analyse de ses besoins en matière de téléphonie afin de procéder à un appel d'offres en 2013-2014. Certaines priorités sont à faire : • Identification des systèmes à remplacer; • Optimisation de certains systèmes; • Utilisation du RITM afin de réduire les coûts; • Plan de numérotation régional à élaborer; • Expertise et services à partager dans la région.
La téléphonie cellulaire	L'ensemble des établissements de la région ont transféré et migré tous les services cellulaires chez le nouveau fournisseur dans l'entente CSRE.	Complété. Une évaluation rapide permet de faire ressortir une économie mensuelle pour l'Agence de l'ordre de plus de 1 300 $ par mois.
La visioconférence	Inventaire régional est terminé. Statistiques de 2011-2012 :	Statistiques exhaustives non disponibles. Un calcul rapide des sessions de visio utilisées à l'Agence indique 308 sessions pour l'année 2012-2013. C'est donc dire une augmentation de plus de 25 % de l'utilisation pour les stations de l'Agence et du Technocentre. Lorsque les statistiques globales seront disponibles, il sera possible de faire ressortir, pour la région, le taux d'augmentation de l'utilisation de la visioconférence. Une planification régionale est à prévoir avec la venue du nouveau service de visioconférence (réservation centralisée, formation, utilisation, etc.). La formation sur le nouveau processus de réservation est prévue en cours d'année 2013-2014 et reste à planifier avec les établissements.
Le courrier électronique	Des délais dans l'adjudication du contrat au niveau provincial retardent le projet de migration des boites de courriel pour l'ensemble de la province et, par le fait même, notre région. Nous avons terminé l'inventaire des systèmes applicatifs ainsi que le niveau d'utilisation. Nous préparons le plan de migration des applicatifs et sommes à regarder les solutions disponibles sur le marché pouvant répondre aux besoins exprimés.	Inventaire des applicatifs régionaux et locaux terminé. Exploration des solutions de type de rechange « Open Source » en cours. Planification du transfert de l'information des centres d'information vers la solution retenue à planifier. Élaboration d'un alignement commun entre les établissements et l'Agence en matière de centre d'information. Élaboration d'un plan de déploiement à faire.
La gestion du parc des postes de travail	Autorisation du déploiement par établissement suite au dépôt d'un plan de déploiement visant l'atteinte de l'objectif de 60 %. La dépendance à MS Office est en voie de réalisation. Validation des possibilités d'utilisation de la firme régionale CITRIX afin de desservir les établissements en matière de clients légers. Étude sur les limites des clients légers selon les clientèles desservies.	Quatre établissements (CRDITED, Centre jeunesse, Mitis et Basques) ont débuté le déploiement de clients légers. Quatre autres ont déposé un plan de déploiement, soit Rimouski-Neigette, Rivière-du-Loup, Kamouraska et La Matapédia. Il restera donc trois établissements qui devront déposer un plan de migration, soit Matane, Témiscouata et l'Agence.

	Sessions	Heures
Agence	246	900
TCR	31	96
Centre jeunesse	69	181
CRDITED	11	38
Matane	81	230
Matapédia	100	264
Mitis	216	633
Rivière-du-Loup	316	677
Témiscouata	85	231
Kamouraska	114	312
Basques	96	323
Rimouski-Neigette	401	948
	1 766	**4 833**

Le regroupement des centres de traitement de données	Nous avons réalisé un inventaire des centres de traitement des données (nombre de serveurs, leur utilisation, la criticité, etc.) et l'analyse se poursuit. Les options d'optimisation qui permettraient de définir les délais et les bénéfices sont en cours d'analyse afin d'atteindre la cible. Le processus d'optimisation des ressources TI spécialisées en lien avec la mise en place d'une nouvelle gouvernance régionale, fait l'objet d'une analyse d'impact.	Une analyse poussée au niveau de la criticité des applicatifs est en cours de réalisation afin de déterminer le potentiel de transfert vers le centre d'hébergement. L'impact clinique d'un transfert vers l'hébergeur sera réalisé au courant de l'année 2013-2014. Une planification détaillée du transfert des applicatifs régionaux devra être produite en cours d'année 2013-2014 ainsi qu'une analyse sur l'utilisation des bandes passantes en télécommunication. Une évaluation préliminaire d'un 2e centre de traitement se fera également durant l'année 2013-2014.
L'énergie	Réaliser des projets d'efficacité visant à améliorer la performance énergétique et à réduire le recours aux carburants fossiles en augmentant, entre autres, le recours aux énergies renouvelables. Procéder aux appels de candidatures pour les entreprises ESE et pour les firmes d'ingénierie concernant les projets en mode traditionnel. Prioriser les projets d'économie d'énergie pour la région dans le respect de la circulaire 2013-020.	Deux projets de chauffage à la biomasse ont été finalisés et un troisième est en cours de réalisation. L'appel de candidatures pour les entreprises ESE est complété. Les demandes de propositions auprès de ces dernières sont en cours. Les appels de candidatures pour les firmes d'ingénierie en mode traditionnel sont en cours de processus.
L'approvisionnement en commun	Poursuite des travaux requis.	Des économies de l'ordre de 1 379 295 $ ont été réalisées.
La clientèle soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	Réorganisation de différents postes de travail et tâches (surtout inf., inf. aux, TS) des intervenants au SAD dans chaque CSSS afin d'optimiser le temps passé auprès des usagers.	Réalisé.
	Commentaires : Nous sommes à revoir l'offre de service pour le soutien à domicile des aînés (services externes); un cadre de référence suivra. Suite à l'implantation du modèle émergent pour DI/TED dans certains CSSS, ceux-ci doivent s'assurer de travailler en collaboration avec le CRDITED pour le maintien de cette clientèle à domicile. Avec l'objectif d'orienter les personnes atteintes de DP dans le milieu le plus léger possible, le SAD devra adapter ses services pour leur permettre de vivre dans un milieu stimulant et adapté à leurs besoins.	
Système de paie	**Juin 2012 :** décision au Forum des DG voulant que les établissements déposent une résolution de leur CA autorisant le regroupement régional de la paie. **Septembre 2012 :** tous les CA ont adhéré au regroupement de la paie : Mise en place d'un comité de travail sur le regroupement régional de la paie. **Janvier 2013 :** choix de l'établissement pour avancer le dossier de la paie au niveau régional. **Mars 2013 :** identification d'un chargé de projet.	Manuel d'organisation de projet en cours de réalisation.

Nom : France Proulx, Marc St-Laurent, André Beaulieu, Cathy Bérubé **Date :** 28 mai 2013

AXE : MESURES D'OPTIMISATION		
OBJECTIF DE RÉSULTATS 2010-2015	Assurer l'accès aux services	
Sujet	ACTIONS RÉGIONALES 2012-2013	ÉTAT D'AVANCEMENT AU 31 MARS 2013
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Affectation d'une enveloppe budgétaire non récurrente pour le mécanisme de gestion de l'accès aux services spécialisés (volet chirurgie et volet endoscopie).	L'épuration et la gestion active des listes d'attente en chirurgie ainsi que le maintien en place des ressources attitrées à la validation et l'assurance de la qualité des données saisies dans le système d'information SIMASS. Tous les CSSS (en cours). L'épuration de la liste d'attente de la clinique de gastro-entérologie : CSSS de Rimouski-Neigette (en cours). Mise à niveau des unités d'endoscopie – rencontrer les critères et les normes en matière de gestion du mécanisme d'accès à l'endoscopie : CSSS de Matane et CSSS de La Matapédia (en cours). L'atteinte de la conformité des critères et des normes en matière de gestion du mécanisme d'accès du PQDCCR : - CSSS de Rivière-du-Loup (site de démonstration du PQDCCR); - CSSS de Témiscouata et CSSS de Kamouraska (en cours).
Accès aux services d'imagerie	Implantation ou rehaussement d'un logiciel de gestion des listes d'attente qui répondra aux besoins des établissements et qui fournira les statistiques demandées par le MSSS.	Aucun rehaussement au niveau régional du logiciel de gestion des listes d'attente n'a été réalisé. En attente de connaître les paramètres du dossier d'affaires de la DGTI-DATBM du MSSS.
Accès au continuum de services AVC	Mise en place d'un comité régional AVC.	Le comité poursuit ses travaux et participe au projet de téléthrombolyse qui sera déployé sur le territoire du RUIS-Laval.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Favoriser la création d'un consortium en douleur chronique au Bas-Saint-Laurent afin d'offrir des services de première et deuxième lignes à l'ensemble des usagers du territoire. Le consortium serait constitué des CSSS de La Mitis, de Rimouski-Neigette et de Rivière-du-Loup.	Travaux en cours afin de déposer la demande d'accréditation du consortium auprès du Centre d'expertise en douleur chronique du RUIS-UL.
Configuration des services médicaux	Mise sur pied d'une équipe première ligne en santé physique à la DAMUSSH responsable d'assurer la mise en place des orientations ministérielles en lien avec le plan d'action pour la consolidation des services de première ligne intégrés.	Présentation des objectifs aux tables régionales de nos partenaires.
Laboratoires	Tel que prévu, le plan d'action Optilab a été proposé aux intervenants concernés. Les impacts ont été mesurés.	Les travaux se poursuivent en étroite collaboration avec les responsables des laboratoires des établissements de la région.
Traumatologie	Dépôt et mise à jour des programmes et procédures sur la fonction évaluative du site de continuum de services en traumatologie (FECST).	Le CSSS de Témiscouata, le CSSS de Rivière-du-Loup ainsi que le CSSS de La Matapédia ont reçu la visite de l'INESSS. Le Groupe conseil recommande le maintien de la désignation de Centre de traumatologie.

Service Info-Santé 8-1-1	Des travaux ont eu lieu afin d'améliorer la gestion des appels en termes d'accessibilité, de qualité et d'efficience et de se rapprocher du coût moyen par appel qui est attendu par le MSSS (22 $/appel). Une réduction budgétaire de 155 000 $ récurrente a été imputée au service régional Info-Santé à la demande du MSSS, ce qui a eu pour impact de couper un poste d'infirmière à temps complet de jour de même que des heures de non-remplacement qui avaient été comptabilisées.	Selon les dernières données transmises par le service régional Info-Santé 8-1-1, le coût moyen par appel a été réduit de 3,69 $ pour atteindre un coût moyen de 23,99 $/appel.
Prise en charge infarctus du myocarde	Les autres établissements seront visités en 2013-2014.	Des équipes multidisciplinaires (inf, nutritionnistes, kinésiologues) dédiées aux maladies chroniques sont en place dans tous les CSSS de la région.

Commentaires

*Traumatologie : Dans le cadre de son mandat d'amélioration de la qualité des soins aux traumatisés au Québec, l'Équipe de traumatologie de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a présenté le bilan sur le 4e cycle en traumatologie. Ce cycle portait sur le développement des fonctions évaluatives, des résultats statistiques et des indicateurs de performance. Cette rencontre remplace les visites habituelles d'évaluation menées antérieurement par le Groupe conseil de l'INESSS.

Nom : Michel Plante, Dominique Perron **Date :** 3 juin 2013

Agence de la santé
et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Québec